

INDICE N. 216

PANORAMA STATALE

ASSISTENZA PENITENZIARIA

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 16 settembre 2016 - Approvazione del programma della Regione Molise per l'utilizzo dei fondi di parte corrente di cui all'art. 3 -*ter* del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante «Interventi urgenti per il contrasto alla tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri», convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, e successive modifiche e integrazioni, nonché di autorizzazione all'assunzione di personale. (GU n. 239 del 12.10.16)

BILANCIO

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Conto riassuntivo del Tesoro al 31 luglio 2016. Situazione del bilancio dello Stato. (BUR n. 234 del 6.10.16 s.o.)

DIFESA DELLO STATO

AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

DELIBERA 21 settembre 2016 .

Linee guida n. 2 di attuazione del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, recanti «Offerta economicamente più vantaggiosa». (Delibera n. 1005).(GU n. 238 dell'11.10.16)

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

Rideterminazione della sanzione per mancato rispetto del patto di stabilità interno, relativo all'anno 2014, da applicare alla Città Metropolitana di Torino. (GU n. 233 del 5.10.16)

MINORI

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DECRETO 9 settembre 2016 . - Avvio delle comunicazioni e notificazioni per via telematica presso la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Milano - settore penale. (GU n. 237 del 10.10.16)

PERSONE CON DISABILITÀ

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 30 agosto 2016 .

Riparto del contributo di 70 milioni di euro per l'anno 2016 a favore delle regioni a statuto ordinario e degli enti territoriali che esercitano le funzioni relative all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali e ai servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con handicap o in situazione di svantaggio. (GU n. 233 del 5.10.16)

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 4 agosto 2016 .- Adeguamento del contributo annuo dello Stato, in favore del Fondo di previdenza del clero e dei ministri di culto delle confessioni religiose diverse dalla cattolica, relativo all'anno 2015. (BUR n. 234 del 6.10.16)

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Comunicato concernente l'approvazione della delibera n. 8/15/AdD adottata dall'assemblea dei delegati della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti, in data 22 ottobre 2015. .(GU n. 239 del 12.10.16)

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 14 luglio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Scolastica Gianelli società cooperativa sociale a responsabilità limitata - Onlus», in Carro e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 235 del 7.10.16)

DECRETO 25 luglio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «La Tenda società cooperativa sociale», in Genova e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 235 del 7.10.16)

DECRETO 25 luglio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Kairos – Società cooperativa sociale», in Taggia e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 236 dell'8.10.18)

DECRETO 25 luglio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Società cooperativa agricola e sociale L'Alpicella», in Pietrabrana e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 236 dell'8.10.18)

PANORAMA REGIONALE

ASSISTENZA PENITENZIARIA

CAMPANIA

DGR 27.9.16, n. 512 -Approvazione schema di convenzione tra la Regione Campania e la Regione Calabria per l'utilizzo del sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG denominato "SMOP" - con allegato. (BUR n. 65 del 3.10.16)

PIEMONTE

DGR 19.9.16, n. 28-3943- Approvazione dello schema di Accordo tra la Prefettura di Torino, Regione Piemonte e Presidio Sanitario "Beata Vergine della Consolata" relativo alle procedure operative di sicurezza per la gestione della R.E.M.S (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza) regionale provvisoria nel territorio di San Maurizio Canavese. (BUR n. 41 del 14.10.16)

SICILIA

DD 27.9.16 - PO FSE 2014-2020, azione 9.2.2. Avviso n. 10/2016 per la presentazione di operazioni per l'inserimento socio-lavorativo dei soggetti in esecuzione penale approvato con D.D.G. n. 2252 del 6 settembre 2016. Rettifica. (GURS n. 43 del 7.10.16)

TOSCANA

RISOLUZIONE 13 settembre 2016, n. 69 - In merito alle pene alternative al carcere. (BUR n. 39 del 28.9.16)

DIFESA DELLO STATO

LAZIO

DGR 27.9.16, n. 555 - Nomina Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza della Regione Lazio, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. (BUR n. 81 dell'11.10.16)

EDILIZIA

LOMBARDIA

DGR 3.10.16 - n. X/5644 - Iniziative di contrasto all'emergenza abitativa: morosità incolpevole 2016 e aggiornamento d.g.r. X/1032/2013, inerente iniziative sperimentali, e d.g.r. X/2207/2014 E X/3789/2015 inerenti mobilità nella locazione. (BUR n. 40 del 7.10.16)

TOSCANA

DGR 13.9.16, n. 890 - Fondo Nazionale destinato agli inquilini morosi incolpevoli di cui al D.L. 102/2013 - convertito dalla L. 124/2013 - Ripartizione risorse anno 2016. (BUR n. 39 del 28.9.16)

ENTI LOCALI

PUGLIA

DGR 28.9.16, n. 1508 - Patto di stabilità regionalizzato per l'anno 2016. Articolo 1, commi 728 - 731, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016). Recepimento dell'accordo con l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI) – Puglia, la Città metropolitana di Bari e l'Unione delle Province d'Italia (UPI) – Puglia. (BUR n. 114 del 10.10.16)

SICILIA

DASS 22.9.16 - Riparto delle risorse autorizzate delle quote di parte corrente ai liberi Consorzi comunali e Città metropolitane, per l'anno 2016. (GURS n. 45 del 7.10.16)

TOSCANA

L.R. 6.10.16, n. 70 - Disposizioni in materia di cooperazione finanziaria con gli enti locali, di unioni di comuni e piccoli comuni, e norme di attuazione della legislazione sul riordino delle funzioni. Modifi che alle leggi regionali 68/2011, 22/2015, 70/2015, 9/2016. (BUR n. 46 del 12.10.16)

FAMIGLIA

LOMBARDIA

DGR 3.10.16 - n. X/5648 Approvazione del piano delle azioni regionali e delle linee guida per l'istituzione degli sportelli per l'assistenza familiare e dei registri territoriali degli assistenti familiari in attuazione della l.r. n. 15/2015. (BUR n. 40 del 7.10.16)

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

EMILIA ROMAGNA

DGR 12.9.16, n. 1443 - Composizione e funzionamento della "Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali" e dei suoi strumenti di supporto. (BUR n. 295 del 5.10.16)

LOMBARDIA

DGR 3.10.16 - n. X/5647 - Approvazione delle «Linee guida per la gestione della documentazione socio-sanitaria degli enti del Servizio Sociosanitario Lombardo (SSL), a seguito delle modifiche introdotte dalla l.r. n. 23/2015» (BUR n. 40 del 5.10.16)

MINORI

PIEMONTE

DGR 19.9.16, n. 16-3932 - L.R. n.30/2001. Approvazione del Piano di Attivita' e di Spesa comprensivo dei progetti di cooperazione dell'Agenzia Regionale per le Adozioni Internazionali - Regione Piemonte - Anno 2016. (BUR n. 41 del 14.10.16)

DGR 19.9.16, n. 18-3934 - L.R. n. 30/2001. Approvazione valutazione delle prestazioni anno 2015 del Direttore dell'Agenzia Regionale per le Adozioni Internazionali - Regione Piemonte. (BUR n. 41 del 14.10.16)

NON AUTOSUFFICIENTI

TOSCANA

RISOLUZIONE 13 settembre 2016, n. 70 - In merito alle prospettive gestionali della RSA/Casa di riposo comunale di Sarteano alla luce della normativa vigente. (BUR n. 39 del 28.9.16)

VENETO

DGR 21.9.16, n. 1463 - Prosecuzione del progetto regionale "sollievo" a favore delle persone affette da decadimento cognitivo approvato con dgr n. 1873 del 15/10/2013. finanziamento anno 2016-2017. (BUR n. 95 del 4.10.16)

PERSONE CON DISABILITÀ

LAZIO

Determinazione 30 settembre 2016, n. G11071 -Approvazione dello schema di convenzione per Enti Pubblici ai sensi dell'art. 11, legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" tra la Regione Lazio e il Dipartimento III della Città Metropolitana di Roma Capitale - "Servizi per la formazione e per il lavoro" - Servizio 1- "Politiche del lavoro e Servizi per l'impiego - Osservatorio sul mercato del Lavoro e sugli esiti occupazionali" - S.I.L.D. (Servizio Inserimento Lavorativo Disabili). (BUR n. 80 del 6.10.16)

Determinazione 4 ottobre 2016, n. G11255 Programma Operativo regionale FSE 2014-2020 - Asse II Inclusionione Sociale e lotta alla poverta' – OT 9 Priorita' di investimento 9 i: Programma di interventi finalizzati all'integrazione scolastica e formativa degli allievi con disabilita'. - Determinazioni G08943 del 04/08/2016 e G10129 del 9/09/2016 - Integrazione elenco delle Istituzioni Scolastiche destinatarie dei finanziamenti. (BUR n. 82 del 13.10.16)

LOMBARDIA

DGR 26.9.16 - n. X/5631 - Determinazioni in Ordine all'acquisto di ausili o strumenti tecnologicamente avanzati a favore delle persone disabili o delle loro famiglie (BUR n. 39 del 29.9.16)

DGR 3.10.16 - n. X/5649 - «Spaziadisabilità»: definizione di un progetto di informazione dedicato al mondo della disabilità per il triennio 2017-2019 - Approvazione avviso. (BUR n. 40 del 5.10.16)

DGR 11.10.16 - n. X/5672 - Misura reddito di autonomia 2016: implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia e sviluppo di autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili (BUR n. 41 del 13.10.16)

POLITICHE SOCIALI

CAMPANIA

DGR 4.10.16, n. 527 - Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza "Opera Pia d'auria", in Casavatore. Estinzione. (BUR n. 66 del 10.10.16)

EMILIA-ROMAGNA

ATTO DI INDIRIZZO - ORDINE DEL GIORNO - Oggetto n. 3287 - Ordine del giorno n. 3 collegato all'oggetto 2873 Proposta recante: "Documento di economia e finanza regionale DEFR 2017 con riferimento alla programmazione 2017-2019". A firma dei Consiglieri: Iotti, Caliendo, Poli, Molinari, Rontini, Lori, Pruccoli, Montalti, Bagnari, Tarasconi, Campedelli, Ravaoli, Prodi, Mumolo, Zoffoli, Zappaterra, Bessi, Serri, Sabattini. (BUR n. 299 del 10.10.16)

LAZIO

DGR 27.9.16, n. 553 - Proroga commissariamento dell'IPAB SS. Annunziata di Gaeta. (BUR n. 80 del 6.10.16)

PIEMONTE

DGR 5.9.16, n. 24-3884 - L.R. n. 23/2015, art. 8, comma 1. Fondazione Ospedale Civico di Dogliani - Sacra Famiglia con sede in Dogliani (CN). Proroga, in parziale sanatoria, del Commissario straordinario. (BUR n. 39 del 29.9.16)

DGR 5.9.16, n. 25-3885 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Casa di Riposo di Castellazzo Bormida". Approvazione nuovo Statuto. (BUR n. 39 del 29.9.16)

DGR 5.9.16, n. 26-3886 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Centro Servizi Socio-Assistenziali Lercaro" di Ovada. Nomina Commissario. (BUR n. 39 del 29.9.16)

DGR 5.9.16, n. 27-3887 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Casa di Riposo di Vercelli", con sede in Vercelli. Approvazione nuovo Statuto. (BUR n. 39 del 29.9.16)

DGR 5.9.16, n. 28-3888 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Ospedale Civico San Camillo De' Lellis", con sede in Dronero. Approvazione nuovo Statuto. (BUR n. 39 del 29.9.16)

DGR 19.9.16, n. 19-3935 - Proroga, in parziale sanatoria, del Commissario straordinario dell'I.P.A.B. Casa di Riposo della Citta di Asti, con sede nel Comune di Asti ed affidamento, al medesimo, dell'amministrazione congiunta dell'I.P.A.B. Asilo Infantile Bosia Garezz, avente sede in Sessant, frazione di Asti. (BUR n. 41 del 14.10.16)

TOSCANA

DGR 19.9.16, n. 921 - Approvazione bando rivolto a enti pubblici e finalizzato al sostegno agli investimenti nel settore sociale. (BUR n. 40 del 5.10.16)

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE

MARCHE

DGR 12.6.16, n. 1072 - Istituzione del Tavolo regionale permanente di Coordinamento interassessoriale avente funzioni di programmazione, coordinamento e gestione di politiche di inclusione e per l'attuazione delle linee guida per la predisposizione e attuazione del Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA). (BUR n. 110 del 4.10.16)

PUGLIA

DGR 13.9.16, n. 1431 - Schema di protocollo di intesa fra Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e Regione Puglia per l'attuazione del Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA) e la sua integrazione

con la misura regionale denominata Reddito di Dignità ai sensi della l.r. n. 3/2016. Approvazione. (BUR n. 110 del 28.9.16)

PRIVATO SOCIALE

BASILICATA

L.R. 26.9.16, n. 20 - Attuazione art. 118 comma 4 della Costituzione (BUR n. 36 del 1.10.16)

EMILIA-ROMAGNA

DGR 3.10.16, n. 1554 - Piano per gli interventi economici destinati al sostegno e alla qualificazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale di rilevanza regionale per il biennio 2016-2017. (BUR n. 298 del 7.10.16)

LAZIO

Determinazione 23 settembre 2016, n. G10688 - Leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni cooperativa "Ariel società cooperativa sociale" codice fiscale 02822460594, con sede legale nel comune di Cisterna di Latina, via Rosolino Pilo, 7 c.a.p. 04012 (Lt). Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione B. (BUR n. 80 del 6.10.16)

Determinazione 23 settembre 2016, n. G10689 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni cooperativa "Giorni migliori società cooperativa sociale a r.l. - onlus" codice fiscale 12313201001, con sede legale nel comune di Roma via Benedetto Croce, 97 c.a.p. 00142. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 80 del 6.10.16)

Determinazione 6 ottobre 2016, n. G11400 - Registro regionale persone giuridiche private. Iscrizione del nuovo Statuto della Fondazione "Asilo Cavalsassi", con sede in Roma. (BUR n. 82 del 13.10.16)

LOMBARDIA

DD 30.9.16 - n. 9566 - Bando «Leva civica volontaria regionale anno 2015/2016 (dds 6017 del 16 luglio 2015) - Differimento del termine per la rendicontazione della spesa (BUR n. 40 del 4.10.16)

PSICOLOGI

UMBRIA

DAL 27.9.16, n. 116 - Risoluzione - "Attuale situazione degli psicologi in Umbria e nel Servizio sanitario regionale; criticità emerse dall'audizione dei rappresentanti dell'Ordine degli psicologi dell'Umbria - Adozione di iniziative da parte della Giunta regionale". (BUR n. 48 del 12.10.16)

PROGRAMMAZIONE

EMILIA-ROMAGNA

DAL 27.9.16, n. 93 - Documento di economia e finanza regionale DEFR 2017 con riferimento alla programmazione 2017-2019. (Proposta della Giunta regionale in data 28 giugno 2016, n. 1016). (BUR n. 299 del 10.10.16)

TOSCANA

DGR 28.9.16, n. 79 - Documento di economia e finanza regionale 2017. Approvazione. (BUR n. 45 del 7.10.16)

Note

Il documento di economia e finanza regionale (DEFR) è atto di indirizzo programmatico economico e finanziario dell'attività di governo della Regione per l'anno successivo, con proiezione triennale, e costituisce strumento di supporto al processo di previsione, nonché alla definizione del bilancio di previsione e della manovra finanziaria con le relative leggi collegate; Viene approvato il documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 (Allegato A) parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

SANITÀ

ABRUZZO

DECRETO 29.06.2016, N. 65 - Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 - Modifica ed Integrazione Decreto del Commissario ad Acta n. 56/2015 del 29.05.2015

DECRETO 21.07.2016, N. 79 - Approvazione Documento Tecnico "Riordino della Rete Ospedaliera - Regione Abruzzo". (BUR n. 125 del 12.10.16)

BASILICATA

DGR 15.9.16, n. 1061 - Art. 63 della LR 4 marzo 2016, n. 5, di modifica dell'art.20, comma 4 della LR 8.8.2012, n.16. Limite di spesa per il personale per l'anno 2016 dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera. (BUR n. 36 del 1.10.16)

CAMPANIA

DECRETO n. 110 del 06.10.2016 - Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti al decreto commissariale n. 89 del 8 agosto 2016, riguardanti le case di cura con meno di 60 posti letto. (BUR n. 66 del 10.10.16)

DECRETO n. 111 del 06.10.2016- Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti al decreto commissariale n. 89 del 8 agosto 2016 riguardo ai laboratori di analisi in corso di aggregazione. (BUR n. 66 del 10.10.16)

DECRETO n. 112 del 30.09.2016 - Programmazione di attività per la promozione e potenziamento della lotta al dolore durante il travaglio di parto per via naturale, parto (BUR n. 66 del 10.10.16)

DECRETO n. 113 del 30.09.2016- Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti dei decreti commissariali n. 85 e n. 89 del 8 agosto 2016. (BUR n. 66 del 10.10.16)

EMILIA-ROMAGNA

ATTO DI INDIRIZZO – RISOLUZIONE - Oggetto n. 3278 - Risoluzione per impegnare la Giunta a continuare il "Percorso Epilessia" avviato nel 2010 per il contrasto di tale patologia, relazionando in Commissione circa lo stato di attuazione dello stesso e la sua applicazione uniforme nelle Aziende sanitarie della Regione. A firma dei Consiglieri: Zoffoli, Zappaterra, Caliandro, Boschini, Bessi, Calvano, Rossi Nadia, Soncini, Rontini, Molinari, Sabattini, Serri, Marchetti Francesca, Lori, Poli, Montalti, Prodi, Mumolo, Paruolo, Bagnari, Tarasconi, Campedelli, Ravaioli, Mori, Iotti. (BUR n. 293 del 30.9.16)

DGR 5.9.16, n. 1398 - Approvazione schema protocollo d'intesa teatro e salute mentale con Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città metropolitana di Bologna e Associazione Arte e Salute Onlus. (BUR n. 295 del 5.10.16)

FRIULI V.G.

DPGR 26.9.16, n. 0177/Pres. - Approvazione schema di accordo regionale finalizzato alla partecipazione delle farmacie al programma regionale di screening del carcinoma del colon retto. (BUR n. 40 del 5.10.16)

LAZIO

DGR 19.7.16, n. 408 - Presa d'atto e autorizzazione all'attuazione dell' "Accordo riguardante le procedure volte a favorire il superamento del precariato del personale dell'ex "Laziosanita" - Agenzia di Sanita' Pubblica (ASP)". (BUR n. 79 del 4.10.16)

LAZIO

DGR 19.7.16, n. 408 - Presa d'atto e autorizzazione all'attuazione dell' "Accordo riguardante le procedure volte a favorire il superamento del precariato del personale dell'ex "Laziosanita" - Agenzia di Sanita' Pubblica (ASP)". (BUR n. 79 del 4.10.16)

Determinazione 23 settembre 2016, n. G10746 - Accredimento istituzionale per le attività di Assistenza Domiciliare, di cui al DCA n. 134/2016 – Istituzione Gruppo di Lavoro. (BUR n. 80 del 6.10.16)

Determinazione 27 settembre 2016, n. G10865 - Aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Territoriale Regionale "Testo Unico dicembre 2010 di cui al Decreto Commissariale del 29 marzo 2011 n.U0026 come previsto dallo stesso decreto; recepimento proposte della Commissione Regionale del Farmaco –Co.Re.Fa. (BUR n. 80 del 6.10.16)

MARCHE

DGR 12.6.16, n. 1042 - Bando di Ricerca finalizzata anno 2016, ai sensi degli artt. 12 e 12bis del D.Lgs. 502/92 – Progetti presentati dall'INRCA di Ancona soggetti a garanzia di cofinanziamento da parte dei Destinatari Istituzionali della Regione di riferimento.

DGR 12.9.16, n. 1071 - Case di Cura private multi specialistiche accreditate della Regione Marche. Intesa con Associazione AIOP e singole Case di Cura sugli aspetti attuativi e gestionali dell'accordo per l'anno 2015 (DGR n. 1109/2015). Approvazione.

DGR 19.9.16, n. 1090 - Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2016

PIEMONTE

DGR 19.9.16, n. 29-3944- Revisione della residenzialita' psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30 - 1517/2015 e s.m.i. (BUR n. 40 del 6.10.16)

DGR 19.9.16, n. 25-3941 - L.R. n. 13 del 23 giugno 2015 - Approvazione dello schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Piemonte e l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per l'esercizio delle discipline mediche non convenzionali. (BUR n. 41 del 13.10.16)

PUGLIA

DGR 28.9.16, n. 1471 - Art. 3-bis, commi 5 e 6, del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i. – Avvio del procedimento di verifica dei primi diciotto mesi dell’incarico per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali BA, BR, BT e TA. (BUR n. 114 del 10.10.16)

SICILIA

DASS 8.9.16 - Aggregati di assistenza ospedaliera da privato – anno 2016.(GURS n. 42 del 30.9.16)

DASS 3.10.16 - Aggiornamento delle direttive per l’aggregazione delle strutture laboratoristiche della Regione siciliana. (GURS n. 43 del 7.10.16)

TOSCANA

DGR 13.9.16, n. 905 - POR FSE 2014-2020 Asse B - Attività PAD B.2.1.3.A). Approvazione degli elementi essenziali dell’Avviso pubblico ‘Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale _ buoni servizio per sostegno alla domiciliarità. (BUR n. 39 del 28.9.16)

DGR 27.9.16, n. 947 - Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° ottobre 2016. (BUR n. 40 del 5.10.16)

DECRETO 30 settembre 2016, n. 144 - Comitato dei garanti di cui all’art. 23 del CCNL dell’area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa del SSN. Costituzione. (BUR n. 41 del 12.10.16)

DECRETO 6 ottobre 2016, n. 147 - Commissione terapeutica regionale. Costituzione. (BUR n. 41 del 12.10.16)

UMBRIA

DD 8 agosto 2016, n. 7392 - Approvazione e pubblicazione dell’Elenco regionale dei Valutatori ed Esperti tecnici per svolgere l’attività di Audit per l’Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie della Regione Umbria.

DGR 12.9.16, n. 1019 - Recepimento del “Piano Nazionale Demenze” - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze. (BUR n. 48 del 12.10.16)

VENETO

DGR 15.9.16, n. 1428 - Aggiornamento della disciplina relativa all'erogazione a carico del servizio sanitario regionale di medicinali e preparati galenici magistrali a base di cannabinoidi per finalità terapeutiche in attuazione delle disposizioni introdotte dal decreto del ministro della salute 9 novembre 2015 recante "funzioni di organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972". revisione delle indicazioni di rimborsabilità. (BUR n. 94 del 30.9.16)

DGR 21.9.16, n. 1455 - Approvazione delle valutazioni riferite alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, in relazione al raggiungimento degli obiettivi assegnati per l'esercizio 2015 ai direttori generali delle aziende/istituti del ssn e presa d'atto delle valutazioni di competenza delle conferenze dei sindaci. (BUR n. 95 del 4.10.16)

DGR 21.9.16, n. 1456 - Approvazione piani di attività 2016 relativi ai coordinamenti, al sistema epidemiologico regionale, al gruppo di lavoro e ai registri di patologia regionali. (BUR n. 95 del 4.10.16)

PANORAMA STATALE

Gazzette Ufficiali pervenute al 15 OTTOBRE 2016 arretrati compresi

ASSISTENZA PENITENZIARIA

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 16 settembre 2016 - Approvazione del programma della Regione Molise per l'utilizzo dei fondi di parte corrente di cui all'art. 3 -ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante «Interventi urgenti per il contrasto alla tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri», convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, e successive modifiche e integrazioni, nonché di autorizzazione all'assunzione di personale. (GU n. 239 del 12.10.16)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO PER LA SEMPLIFICAZIONE E LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

E

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, concernente disposizioni in materia di riordino della medicina penitenziaria a norma della legge n. 419 del 1998;

Visto l'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, definisce le modalità e i criteri di trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro e delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, recante «Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro e delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 30 maggio 2008, n. 126;

Visto l'art. 3 -ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante «Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri», convertito con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come successivamente modificato dal decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24, convertito con modificazioni, dalla legge 23 maggio 2013, n. 57, e dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito con modificazioni dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, che, al comma 1, prevede il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e, al comma 4, fissa al 31 marzo 2014 la data di chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari;

Visto il comma 5 dell'art. 3 -ter del citato decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, che, per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1 del medesimo articolo, dispone che, in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprese quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione del Ministro della salute assunta di concerto con il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione e il Ministro dell'economia e delle finanze, possono assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari;

Visto, altresì, il terzo periodo del comma 6 dell'art. 3 -ter del richiamato decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, secondo il quale gli specifici programmi regionali di utilizzo delle risorse stanziare per la realizzazione e riconversione delle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione

a casa di cura e custodia, prevedono, oltre gli interventi strutturali, attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico riabilitativi di cui al comma 5, definendo tempi certi e impegni precisi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, prevedendo la dimissione di tutte le persone internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la sussistenza della pericolosità sociale, con l'obbligo per le aziende sanitarie locali di presa in carico all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi individuali che assicurino il diritto alle cure e al reinserimento sociale, nonché a favorire l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o all'assegnazione a casa di cura e custodia;

Visto il comma 7 del più volte citato art. 3 -ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, che, al fine di concorrere alla copertura degli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 nonché degli oneri derivanti dal comma 5 e dal terzo periodo del comma 6, autorizza la spesa nel limite massimo complessivo di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013;

Vista la delibera CIPE n. 143 del 21 dicembre 2012 che approva il riparto tra le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, dell'importo di 38.000.000 di euro a valere sulle disponibilità a carico del Fondo sanitario nazionale 2012;

Vista la delibera CIPE n. 15 dell'8 marzo 2013 che approva il riparto tra le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, dell'importo di 55.000.000 di euro a valere sulle disponibilità a carico del Fondo sanitario nazionale 2013;

Visto l'art. 1 del decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 maggio 2013, n. 57, che, nel disporre la proroga al 1° aprile 2014 del termine per la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, ha stabilito che agli oneri conseguenti si provveda, nel limite di 4,5 milioni di euro per il 2013 e di 1,5 milioni di euro per il 2014, mediante la corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui al citato art. 3 -ter, comma 7, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, autorizzando altresì il Ministro dell'economia e delle finanze ad apportare, con proprio decreto, la conseguente rideterminazione proporzionale al riparto delle risorse finanziarie del Fondo sanitario nazionale 2013, pari ad euro 55 milioni, effettuato dal CIPE nella seduta dell'8 marzo 2013;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 27 dicembre 2013, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 7 marzo 2014, n. 55, che ridetermina proporzionalmente in riduzione per un valore complessivamente pari a 4.500.000 euro, gli importi assegnati alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano di cui alla delibera CIPE dell'8 marzo 2013;

Preso atto che la delibera CIPE del 21 dicembre 2012 assegna alla Regione Molise un importo pari a euro 189.840 a valere sulle disponibilità del Fondo sanitario nazionale 2012 e che la delibera CIPE dell'8 marzo 2013 assegna alla medesima Regione un importo pari a euro 274.769 a valere sulle disponibilità del Fondo sanitario nazionale 2013, come rideterminato in euro 252.288 dal citato decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 27 dicembre 2013;

Vista la nota del Ministero della salute prot. 27635 del 29 ottobre 2013 che, al fine di agevolare la presentazione dei programmi regionali e di valutarne la coerenza con gli obiettivi individuati dalle disposizioni normative, fornisce le indicazioni per la formulazione del programma degli interventi da realizzare;

Vista la deliberazione della Giunta della Regione Molise n. 76 del 4 marzo 2016, recante «Rimodulazione del Programma assistenziale regionale per la realizzazione di interventi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi dell'art. 3 -ter, comma 7, della legge del 17 febbraio 2012, n. 9, - rettifica della DGR 13 ottobre 2014, n. 526 e della DGR 22 giugno 2015, n. 310» che riporta i costi degli interventi previsti nel programma, stabilendo che gli stanziamenti di parte corrente, per un importo complessivo di euro 189.840 per l'anno 2012 e di euro 252.288 per l'anno 2013, assegnati alla Regione Molise per la suindicata finalità, saranno destinati alla realizzazione di detto Programma e che le successive assegnazioni conferite al Molise ai sensi dell'art. 3 -ter, comma 7, della legge n. 9/2012 saranno utilizzate per il pagamento delle rette dei

pazienti molisani accolti nella REMS transitoria della Regione Abruzzo, con la quale il Molise ha stipulato apposito Accordo, e/o nelle Residenze sanitarie di altre Regioni;

Preso atto che il programma, approvato con la citata delibera n. 76/2016, prevede il reclutamento di personale mediante concorso pubblico e attraverso procedure di selezione pubblica, per la costituzione di una equipe specialistica che opererà in collaborazione con i centri di salute mentale di Campobasso, Isernia e Termoli per la valutazione e la gestione clinica dei pazienti dimessi dagli OPG;

Considerato che il predetto programma risulta coerente con gli indirizzi forniti dal Ministero della salute con nota prot. 27635 del 29 ottobre 2013, come risulta dalla attestazione riportata nella scheda di cui all'allegato 1 al presente decreto, sottoscritta dal Direttore dell'ufficio II della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, e dal dirigente psicologo designato dal Direttore della Direzione generale della prevenzione del Ministero della salute;

Preso atto che il medesimo programma prevede, per lo svolgimento delle attività ivi descritte, l'assunzione in deroga del personale indicato nell'elenco di cui all'allegato 2 al presente decreto;

Decreta:

Art. 1.

1. È approvato il programma adottato dalla Giunta della Regione Molise con deliberazione n. 76 del 4 marzo 2016, recante «Rimodulazione del Programma assistenziale regionale per la realizzazione di interventi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi dell'art. 3 -ter, comma 7, della legge del 17 febbraio 2012, n. 9, - rettificata dalla DGR 13 ottobre 2014, n. 526 e della DGR 22 giugno 2015, n. 310» che prevede la realizzazione di interventi per un importo complessivo di euro 189.840 a valere sulla annualità 2012 ed un importo complessivo di euro 252.288 a valere sull'annualità 2013, specificati nella scheda di sintesi di cui all'allegato 1 al presente decreto.

2. È autorizzata l'assunzione in deroga del personale indicato nell'elenco di cui all'allegato 2 al presente decreto.

Il presente decreto sarà trasmesso ai competenti organi di controllo e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della

Repubblica italiana.

Roma, 16 settembre 2016

Il Ministro della salute

LORENZIN

Il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione

MADIA

Il Ministro dell'economia e delle finanze

PADOAN

BILANCIO

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Conto riassuntivo del Tesoro al 31 luglio 2016. Situazione del bilancio dello Stato. (BUR n. 234 del 6.10.16 s.o.)

DIFESA DELLO STATO

AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE

DELIBERA 21 settembre 2016 .

Linee guida n. 2 di attuazione del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, recanti «Offerta economicamente più vantaggiosa». (Delibera n. 1005).(GU n. 238 dell'11.10.16)

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

ENTI LOCALI

MINISTERO DELL'INTERNO

Rideterminazione della sanzione per mancato rispetto del patto di stabilità interno, relativo all'anno 2014, da applicare alla Città Metropolitana di Torino. (GU n. 233 del 5.10.16)

Si comunica che in data 23 settembre 2016 è stato emanato il decreto del direttore centrale della finanza locale concernente la rideterminazione della sanzione da applicare alla Città Metropolitana di Torino per il mancato rispetto del patto di stabilità interno relativo all'anno 2014.

Il testo del decreto è pubblicato integralmente sul sito del Ministero dell'interno - Dipartimento affari interni e territoriali – Direzione centrale della finanza locale,
<http://fi.nanzalocale.interno.it/circ/dec18-16.html> .

MINORI

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DECRETO 9 settembre 2016 . - Avvio delle comunicazioni e notificazioni per via telematica presso la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Milano - settore penale. (GU n. 237 del 10.10.16)

PERSONE CON DISABILITÀ

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 30 agosto 2016 .

Riparto del contributo di 70 milioni di euro per l'anno 2016 a favore delle regioni a statuto ordinario e degli enti territoriali che esercitano le funzioni relative all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali e ai servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con handicap o in situazione di svantaggio. (GU n. 233 del 5.10.16)

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Vista la legge 7 aprile 2014, n. 56, che detta disposizioni in materia di città metropolitane, province, unioni e fusioni di comuni al fine di adeguare il loro ordinamento ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza;

Visto in particolare l'art. 1, comma 89, della legge 7 aprile 2014, n. 56, che prevede il riordino delle funzioni non fondamentali delle province;

Viste le leggi regionali di riordino delle funzioni non fondamentali emanate in attuazione della legge 7 aprile 2014, n. 56;

Visto l'art. 1, comma 947, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, secondo cui, «ai fini del completamento del processo di riordino delle funzioni delle province, di cui all'art. 1, comma 89, della legge 7 aprile 2014, n. 56, le funzioni relative all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali, di cui all'art. 13, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e relative alle esigenze di cui all'art. 139, comma 1, lettera c) , del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono attribuite alle regioni a decorrere dal 1° gennaio 2016, fatte salve le disposizioni legislative regionali che alla predetta data già prevedono l'attribuzione delle predette funzioni alle province, alle città metropolitane o ai comuni, anche in forma associata»;

Visto, altresì, che lo stesso art. 1, comma 947, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, prevede l'attribuzione di un contributo di 70 milioni di euro per l'anno 2016 per l'esercizio delle predette funzioni, da ripartire con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro

per gli affari regionali e le autonomie, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro dell'interno, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 «tra gli enti territoriali interessati, anche frazionandolo, per l'anno 2016, sulla base dell'anno scolastico di riferimento, in due erogazioni, tenendo conto dell'effettivo esercizio delle funzioni di cui al primo periodo»;

Ritenuto di dover procedere al riparto del contributo in base ad un criterio di ponderazione che tenga conto, nella misura del 40 per cento, della spesa storica sostenuta dalle province per l'esercizio delle suddette funzioni nel periodo 2012-2014 e, nella misura del 60 per cento, del numero degli alunni con disabilità delle scuole secondarie superiori;

Considerata la spesa media sostenuta dalle province nel triennio 2012-2014 per l'esercizio delle funzioni relative all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali e per i servizi di supporto organizzativo;

Vista la nota del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca prot. 0001909 del 15 giugno 2016, con la quale sono stati individuati gli alunni con disabilità delle scuole secondarie superiori, presenti nell'anno scolastico 2014-2015 in ciascuna provincia e città metropolitana;

Considerato che, nella citata nota del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, gli alunni delle province di Monza Brianza, Fermo e Barletta-Andria-Trani, risultano ancora assegnati alle province originarie di Milano, Bari e Ascoli Piceno, e conseguentemente il riparto fra le suddette province e città metropolitane è avvenuto in base ai dati ISTAT relativi alle rispettive popolazioni scolastiche degli studenti con disabilità;

Vista la mancata intesa sancita dalla Conferenza unificata nella seduta del 21 luglio 2016, ai sensi dell'art. 1, comma 947, della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Visto il verbale della citata seduta della Conferenza unificata del 21 luglio 2016, dal quale risulta l'avviso favorevole sulla proposta del Governo da parte dell'ANCI, dell'UPI e della maggioranza delle regioni;

Ritenuto necessario adottare il decreto attivando la procedura di cui al combinato disposto dell'art. 3, comma 3, e dell'art. 9, comma 2, lettera *b*), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che prevede l'intervento del Consiglio dei ministri, con deliberazione motivata, trascorsi inutilmente trenta giorni dalla mancata intesa della Conferenza Stato-Regioni;

Vista la delibera motivata del Consiglio dei ministri con la quale, ai sensi del combinato disposto dell'art. 3, comma 3, e dell'art. 9, comma 2, lettera *b*), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del 30 agosto 2016, è stato approvato lo schema di decreto esaminato dalla Conferenza unificata, autorizzando il Presidente del Consiglio dei ministri ad adottarlo;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 23 aprile 2015, con il quale al Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri, prof. Claudio De Vincenti, è stata delegata la firma di decreti, atti e provvedimenti di competenza del Presidente del Consiglio di ministri;

Su proposta del Ministro per gli affari regionali e le autonomie;

Di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro dell'interno;

Decreta:

Art. 1.

1. Il contributo di 70 milioni di euro per l'anno 2016, di cui all'art. 1, comma 947, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è erogato a favore delle regioni a statuto ordinario che provvedono ad attribuirlo alle province e alle città metropolitane che esercitano effettivamente le funzioni relative all'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali di cui all'art. 13, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e ai servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con handicap o in situazione di svantaggio, di cui all'art. 139, comma 1, lettera *c*), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

2. Il contributo di cui al comma 1, da considerarsi integrativo rispetto alla copertura finanziaria prevista nelle disposizioni regionali attinenti alle funzioni non fondamentali delle province e città metropolitane, è ripartito nella misura del 60 per cento in proporzione alla presenza degli alunni

disabili, limitatamente alle scuole secondarie superiori presenti in ciascuna provincia nell'anno scolastico 2014-2015 e del 40 per cento in proporzione alla spesa media storica sostenuta dalle province per l'esercizio delle suddette funzioni nel triennio 2012-2014, come da allegato A, che forma parte integrante del presente provvedimento (a cui si rinvia).

3. Qualora le funzioni di assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali siano svolte, a seguito di specifiche disposizioni legislative regionali, da soggetti diversi dalle province e dalle città metropolitane, la quota del contributo è attribuita alla regione che stabilirà le modalità di riparto tra gli enti territoriali interessati.

Il presente decreto verrà trasmesso alla Corte dei conti per la registrazione e sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 30 agosto 2016

p. *Il Presidente del Consiglio dei ministri*

Il Sottosegretario di Stato

DE VINCENTI

Il Ministro per gli affari regionali e le autonomie

COSTA

Il Ministro dell'economia e delle finanze

PADOAN

Il Ministro dell'interno

ALFANO

Registrato alla Corte dei conti il 22 settembre 2016

Ufficio controllo atti P.C.M. Ministeri giustizia e affari esteri, reg.ne prev. n. 2634

MINORI

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DECRETO 9 settembre 2016 . - Avvio delle comunicazioni e notificazioni per via telematica presso la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Milano - settore penale. (GU n. 237 del 10.10.16)

IL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA

Visto l'art. 16 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese», convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, come modificato dall'art. 1, comma 19, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2013)», il quale demanda ad uno o più decreti del Ministro della giustizia la fissazione della data a decorrere dalla quale le notificazioni a persona diversa dall'imputato a norma degli articoli 148, comma 2 -bis , 149, 150 e 151, comma 2, del codice di procedura penale, nei procedimenti dinanzi ai tribunali e alle corti di appello, debbano avvenire esclusivamente per via telematica all'indirizzo di posta elettronica certificata risultante da pubblici elenchi o comunque accessibili alle pubbliche amministrazioni, secondo la normativa, anche regolamentare, concernente la sottoscrizione, la trasmissione e la ricezione dei documenti informatici;

Visto il decreto del Ministro della giustizia in data 21 febbraio 2011, n. 44, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 89 del 18 aprile 2011, recante «Regolamento concernente le regole tecniche per l'adozione nel processo civile e nel processo penale delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, in attuazione dei principi previsti dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 dicembre 2009, n. 193, convertito nella legge 22 febbraio 2010 n. 24»;

Verificata la funzionalità dei servizi di comunicazione dei documenti informatici degli uffici giudiziari nella Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Milano, come da comunicazione del responsabile per i sistemi informativi automatizzati;

Rilevata la necessità di dare attuazione a quanto previsto dall'art. 16 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese», convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, come modificato dall'art. 1, comma 19, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2013)» per la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Milano, limitatamente al settore penale;

Sentiti l'Avvocatura generale dello Stato, il Consiglio nazionale forense e i Consigli dell'ordine degli avvocati di Busto Arsizio, Como, Lecco, Lodi, Milano, Monza, Pavia, Sondrio, Varese;

E M A N A

il seguente decreto:

Art. 1.

1. È accertata la funzionalità dei servizi di comunicazione di cui all'art. 16, comma 10, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese», convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, come modificato dall'art. 1, comma 19, della legge 24 dicembre 2012, n. 228, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2013)» presso la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Milano.

2. Nell'uffi cio giudiziario di cui al comma 1, le notificazioni a persona diversa dall'imputato a norma degli articoli 148, comma 2 -bis , 149, 150 e 151, comma 2, del codice di procedura penale, sono effettuate esclusivamente per via telematica.

Art. 2.

1. Il presente decreto entra in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 9 settembre 2016

Il Ministro: ORLANDO

PREVIDENZA

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 4 agosto 2016 .- Adeguamento del contributo annuo dello Stato, in favore del Fondo di previdenza del clero e dei ministri di culto delle confessioni religiose diverse dalla cattolica, relativo all'anno 2015. (BUR n. 234 del 6.10.16)

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Vista la legge 22 dicembre 1973, n. 903;

Visto l'art. 21, secondo comma, della citata legge n. 903 del 1973, che prevede l'erogazione di un contributo annuo complessivo dello Stato in favore del Fondo di previdenza del clero e dei ministri di culto delle confessioni religiose diverse dalla cattolica;

Visto l'art. 4, secondo comma, del decreto-legge 22 dicembre 1981, n. 791, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1982, n. 54, il quale stabilisce che il suddetto contributo, a decorrere dal 1° gennaio 1982, è modificato, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con la stessa periodicità e nella stessa misura dell'aumento percentuale che ha dato luogo alle variazioni degli importi delle pensioni per perequazione automatica;

Tenuto conto che, dalla rilevazione elaborata dall'INPS, comunicata con nota del 25 maggio 2016, la percentuale di aumento medio delle pensioni erogate dal predetto Fondo per l'anno 2015 è pari allo 0,2 %;

Tenuto conto che l'art. 11 del decreto-legge 22 dicembre 1981, n. 791, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1982, n. 54, prevede, a favore del menzionato Fondo, un contributo a carico dello Stato pari a Euro 1.032.914,00;

Ravvisata l'esigenza di specificare nel presente provvedimento sia l'ammontare del contributo di cui all'art. 21 della citata legge n. 903 del 1973, come determinato ai sensi dell'art. 4, secondo comma, del decreto-legge 22 dicembre 1981, n. 791, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1982, n. 54, sia l'ammontare del contributo di cui all'art. 11 del medesimo decreto-legge;

Visto l'art. 1, comma 2, lettera a), della legge 13 novembre 2009, n. 172;

Decreta:

Articolo unico

1. Il contributo a carico dello Stato di cui all'art. 21, secondo comma, della legge 22 dicembre 1973, n. 903, a valere sul capitolo 4356 dello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali - Centro di responsabilità «Politiche previdenziali», è aumentato, a decorrere dal 1° gennaio 2015, da euro 8.011.249,86 a euro 8.027.272,36;

2. Il contributo di cui all'art. 11 del decreto-legge 22 dicembre 1981, n. 791, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 1982, n. 54, resta stabilito in euro 1.032.914,00.

Comunicato concernente l'approvazione della delibera n. 8/15/AdD adottata dall'assemblea dei delegati della Cassa nazionale di previdenza ed assistenza dei dottori commercialisti, in data 22 ottobre 2015. (GU n. 239 del 12.10.16)

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0011994/COM-L-143 del 15 settembre 2016 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1995, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 8/15/AdD adottata dall'assemblea dei delegati della Cassa dei dottori commercialisti nella seduta del 22 ottobre 2015, concernente la misura del tasso di capitalizzazione dei montanti al 31 dicembre 2014 per l'anno 2015.

PRIVATO SOCIALE

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 14 luglio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Scolastica Gianelli società cooperativa sociale a responsabilità limitata - Onlus», in Carro e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 235 del 7.10.16)

IL MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135;

Vista l'istanza con la quale la Confederazione cooperative italiane ha chiesto che la società «Scolastica Gianelli società cooperativa sociale a responsabilità limitata - ONLUS» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Viste le risultanze della revisione dell'associazione di rappresentanza dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;

Considerato quanto emerge dalla sopra citata revisione, dalla quale si evince che l'ultima situazione patrimoniale della cooperativa, aggiornata al 31 agosto 2015, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 954.158,00, si riscontra una massa debitoria di € 1.773.830,00 ed un patrimonio netto negativo di € 1.313.292,00;

Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990 n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati, che non hanno formulato osservazioni e/o controdeduzioni;

Visto l'art. 2545 *-terdecies* c.c. e ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società;

Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;

Tenuto conto, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, delle designazioni dell'associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Scolastica Gianelli società cooperativa a responsabilità limitata - Onlus», con sede in Carro (SP) (codice fi scale 03814670109) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 *-terdecies* c.c.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominata commissario liquidatore la dott.ssa Chiara Barbieri, nata a Genova il 31 maggio 1977 (codice fi scale BRBCHR77E71D9690), ivi domiciliata in via Palestro, n. 3/3.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge.

Roma, 14 luglio 2016

D'ordine del Ministro

Il Capo di Gabinetto

ORSINI

DECRETO 25 luglio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «La Tenda società cooperativa sociale», in Genova e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 235 del 7.10.16)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135;

Vista l'istanza con la quale la Confederazione cooperative italiane ha chiesto che la società «La tenda società cooperativa sociale» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Viste le risultanze della revisione dell'associazione di rappresentanza dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;

Considerato quanto emerge dalla sopra citata revisione, dalla quale si evince che l'ultima situazione patrimoniale aggiornata al 30 ottobre 2015, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 51.078,00, si riscontra una massa debitoria di € 65.957,00 ed un patrimonio netto negativo di € 22.966,00;

Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990 n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati, che non hanno formulato osservazioni e/o controdeduzioni;

Visto l'art. 2545 *-terdecies* c.c. e ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società;

Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;

Tenuto conto, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, delle designazioni dell'associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente:

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «La tenda società cooperativa sociale» con sede in Genova (codice fi scale 01891980995) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 *-terdecies* c.c.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il prof. Pier-Luca Bubbi, nato a Genova il 25 febbraio 1964 (codice fi scale BBBPLC64B25D969), ivi domiciliato in via Roma, n. 2/22.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Il presente provvedimento potrà essere impegnato dinanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge.

Roma, 25 luglio 2016

D'ordine del Ministro

Il Capo di Gabinetto

ORSINI

DECRETO 25 luglio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Kairos – Società cooperativa sociale», in Taggia e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 236 dell'8.10.18)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012, n. 135;

Vista l'istanza con la quale la Confederazione cooperative italiane ha chiesto che la società «Kairos – Società Cooperativa Sociale» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Viste le risultanze della revisione dell'Associazione di rappresentanza dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;

Considerato quanto emerge dalla sopra citata revisione, dalla quale si evince che l'ultima situazione patrimoniale della cooperativa, aggiornata al 30 settembre 2015, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 733.094,00,

si riscontra una massa debitoria di € 784.437,00 ed un patrimonio netto negativo di € 152.424,00:

Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990 n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati, che non hanno formulato osservazioni e/o controdeduzioni;

Visto l'art. 2545 *-terdecies* c.c. e ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società;

Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;

Tenuto conto, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, delle designazioni dell'Associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Kairos - Società Cooperativa Sociale», con sede in Taggia (IM) (codice fi scale 01436250086) è posta in liquidazione coatta amministrativa ai sensi dell'art. 2545 *-terdecies* c.c.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il rag. Danilo Gonella, nato a Acqui Terme (AL) l'11 agosto 1969 (codice fi scale GNLDNL-69M11A052Q), e domiciliato in Albenga (SV), via dott. Niccolari, n. 6/3.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinanzi al competente Tribunale amministrativo regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge.

Roma, 25 luglio 2016

D'ordine del Ministro

Il Capo di Gabinetto

ORSINI

DECRETO 25 luglio 2016 - Liquidazione coatta amministrativa della «Società cooperativa agricola e sociale L'Alpicella», in Pietrabruna e nomina del commissario liquidatore. (GU n. 236 dell'8.10.18)

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 158, recante il regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico, per le competenze in materia di vigilanza sugli enti cooperativi;

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito nella legge 7 agosto 2012 n. 135;

Vista l'istanza con la quale Lega nazionale delle cooperative e mutue ha chiesto che la società «Società cooperativa agricola e sociale L'Alpicella» sia ammessa alla procedura di liquidazione coatta amministrativa;

Viste le risultanze della revisione dell'Associazione di rappresentanza dalle quali si rileva lo stato d'insolvenza della suddetta società cooperativa;

Considerato quanto emerge dalla sopra citata revisione, dalla quale si evince che l'ultima situazione patrimoniale aggiornata al 31 dicembre 2015, evidenzia una condizione di sostanziale insolvenza in quanto, a fronte di un attivo patrimoniale di € 15.245.00, si riscontra una massa debitoria di € 532.004,00 ed un patrimonio netto negativo di € 516.760.00;

Considerato che è stato assolto l'obbligo di cui all'art. 7 della legge 7 agosto 1990 n. 241, dando comunicazione dell'avvio del procedimento a tutti i soggetti interessati e che il legale rappresentante ha comunicato formalmente di rinunciare a formulare osservazioni e/o controdeduzioni;

Visto l'art. 2545 *-terdecies* c.c. e ritenuto di dover disporre la liquidazione coatta amministrativa della suddetta società;

Visto l'art. 198 del regio decreto 16 marzo 1942, n. 267;

Tenuto conto, ai sensi dell'art. 9 della legge 17 luglio 1975, n. 400, delle designazioni dell'Associazione nazionale di rappresentanza alla quale il sodalizio risulta aderente;

Decreta:

Art. 1.

La società cooperativa «Società cooperativa agricola e sociale L'Alpicella», con sede in Pietrabruna (IM) (codice fiscale 01429070087) è posta in liquidazione coatta amministrativa, ai sensi dell'art. 2545 *-terdecies* c.c.

Considerati gli specifici requisiti professionali, come risultanti dal *curriculum vitae*, è nominato commissario liquidatore il rag. Paolo Trucco, nato a Imperia il 6 maggio 1962 (codice fiscale TRCPLA62E06E290L), ivi domiciliato in via Don Abbo n. 12/21.

Art. 2.

Con successivo provvedimento sarà definito il trattamento economico del commissario liquidatore ai sensi della legislazione vigente.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Il presente provvedimento potrà essere impugnato dinanzi al competente Tribunale Amministrativo Regionale, ovvero a mezzo di ricorso straordinario al Presidente della Repubblica ove ne sussistano i presupposti di legge.

Roma, 25 luglio 2016

D'ordine del Ministro

Il Capo di Gabinetto

PANORAMA REGIONALE

Bollettini Ufficiali regionali pervenuti al 14 OTTOBRE 2016, arretrati compresi

ASSISTENZA PENITENZIARIA

CAMPANIA

DGR 27.9.16, n. 512 -Approvazione schema di convenzione tra la Regione Campania e la Regione Calabria per l'utilizzo del sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG denominato "SMOP" - con allegato. (BUR n. 65 del 3.10.16)

Note

Viene approvato lo schema di convenzione tra la Regione Campania e la Regione Calabria riportato all'Allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia).

PIEMONTE

DGR 19.9.16, n. 28-3943- Approvazione dello schema di Accordo tra la Prefettura di Torino, Regione Piemonte e Presidio Sanitario "Beata Vergine della Consolata" relativo alle procedure operative di sicurezza per la gestione della R.E.M.S (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza) regionale provvisoria nel territorio di San Maurizio Canavese. (BUR n. 41 del 14.10.16)

Note

Viene approvato lo schema di Accordo tra Prefettura di Torino, Regione Piemonte e Presidio Sanitario "Beata Vergine della Consolata" relativo alle procedure operative di sicurezza per la gestione della R.E.M.S. regionale provvisoria nel territorio di San Maurizio Canavese, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale (a cui si rinvia).

Accordo tra

Prefettura di Torino, Regione Piemonte e

Presidio Sanitario "Beata Vergine della Consolata" relativo alle procedure operative di sicurezza per la gestione della R.E.M.S. regionale provvisoria nel territorio di San Maurizio Canavese

PREMESSA

La legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3 ter dispone il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), indicando la data del 31 marzo 2013 come termine di scadenza.

Le Regioni e le Province Autonome sono chiamate a realizzare nel proprio territorio le strutture sanitarie destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza detentiva (R.E.M.S.)

Il D.M. 1 ottobre 2012 indica i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture (R.E.M.S.), indispensabili per il funzionamento ed il raggiungimento degli obiettivi di salute e di riabilitazione ad esse assegnate, ferma restando la garanzia della presenza di adeguati standard di sicurezza.

Come dichiarato dallo stesso Decreto l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza non costituisce competenza del Servizio Sanitario o dell'Amministrazione penitenziaria, la funzione viene pertanto garantita attraverso specifici Accordi con le Prefetture.

La Legge 81 del 30 maggio 2014 dà ulteriori disposizioni in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e proroga la chiusura al 31 marzo 2015.

L'Accordo del 26 febbraio 2015 approvato in Conferenza Unificata definisce le linee attuative del citato D.M. 1 ottobre 2012, richiamando, all'art. 6, il tema della Sicurezza: "i servizi di sicurezza e vigilanza perimetrale sono attivati sulla base di specifici Accordi con le Prefetture, anche sulla scorta delle informazioni contenute nel fascicolo dell'internato".

Le Prefetture, nell'ambito della propria competenza, possono valutare l'applicazione di eventuali ulteriori misure perimetrali di sicurezza e di vigilanza esterna – in primis la vigilanza dinamica – all'interno del piano di controllo del territorio definito in sede di Comitato provinciale per l'ordine e la sicurezza pubblica ed a livello di coordinamento delle Forze di Polizia.

La Regione Piemonte prevede, all'interno del programma regionale per la presa in carico delle persone destinatarie di misure di sicurezza approvato con DGR n. 26-2048 del 1.09.2015 e s.m.i., per la sicurezza delle R.E.M.S., l'attivazione del servizio di videosorveglianza, indicando in tal senso un modello di sicurezza integrata.

Tutto ciò premesso,

La Regione Piemonte, la Prefettura di Torino e il Presidio Sanitario "Beata Vergine della Consolata", in relazione alle proprie competenze ed in armonia con le premesse sopra cennate, si impegnano per quanto segue:

Il Presidio Sanitario "Beata Vergine della Consolata":

- garantire l'osservanza delle vigenti prescrizioni in materia di sicurezza relativa alle caratteristiche e organizzazione degli ambienti e dei locali, tenendo conto delle necessità assistenziali, di riabilitazione psico-sociale e di sicurezza;
- garantire la verifica periodica dei requisiti sopra citati, da parte della competente Commissione di Verifica Strutture Sanitarie Private dell'ASL TO4;
- predisporre e gestire gli strumenti tecnologici ritenuti necessari per la sicurezza presso l' struttura; fornendo ogni opportuna informazione in proposito alle Forze di Polizia, riferendone su le caratteristiche degli impianti tecnologici e di videosorveglianza interna ed esterna di cui lo stesso è dotato e gli schemi dei sistemi di sicurezza antintrusione e sicurezza, con le relative planimetrie e la destinazione d' uso dei singoli locali;
- curare che il sistema di videosorveglianza sia provvisto di impianto di registrazione, assicurando alle Forze di Polizia l'accesso allo stesso;
- garantire, a fronte di eventuali situazioni di criticità, l'incolumità dei pazienti e del personale impegnato presso la REMS, dando applicazione a modalità operative, descritte in apposito documento che sarà mantenuto costantemente aggiornato e portato a conoscenza delle Forze di Polizia;
- garantire, attraverso un sistema di "sicurezza integrata", il presidio nell'arco delle ventiquattrore degli accessi della struttura, che assicuri, tramite personale addetto alla sorveglianza, la vigilanza perimetrale interna e il costante controllo delle immagini fornite dal sistema di videosorveglianza nonché dei sistemi antintrusione attivati presso la struttura;
- informare tempestivamente le Forze di polizia in merito a tutti gli elementi che possano essere utili ai fini della sicurezza;
- adottare, nei casi di trattamento sanitario obbligatorio o di emergenza vita, le procedure previste dalla normativa vigente con contestuale informativa al Magistrato di Sorveglianza e tempestiva richiesta di intervento del servizio 118;
- sottoporre, tramite il Dirigente responsabile della REMS, a specifico provvedimento del Magistrato di Sorveglianza, i ricoveri esterni, le visite specialistiche o diagnostiche esterne alla REMS, non in emergenza;
- fissare, nella stipula dei contratti con le ditte esterne fornitrici dei vari servizi presso la REMS, specifici requisiti relativi al personale utilizzato, avendo in particolare cura di richiedere alle stesse l'impiego di dipendenti esenti da pregiudizi penali.

La Prefettura - U.T.G.:

- disporre l'inserimento della REMS tra gli obiettivi da sorvegliare nell'ambito dei dispositivi di prevenzione generale e di controllo del territorio affidati alle Forze di Polizia;

La Regione Piemonte:

- garantire la vigilanza ed il controllo, da parte dei soggetti preposti dipendenti del SSR, del funzionamento della REMS provvisoria di San Maurizio Canavese presso il Presidio sanitario "Beata Vergine della Consolata", attraverso l'istituzione della funzione di osservazione e di

monitoraggio del processo di presa in carico delle persone destinatarie di misura di sicurezza, di cui alla D.G.R. n. 26-2048 del 1.09.2015 e s.m.i.

Il presente Accordo è oggetto di monitoraggio da parte degli Enti firmatari e potrà essere modificato ed integrato, anche alla luce di nuove normative regionali e nazionali.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Prefetto

Renato SACCONI.....

L'Assessore alla Sanità

Antonio SAIITA.....

Presidio Sanitario "Beata Vergine della Consolata"

Paolo SOCCI.....

Situazioni critiche all'interno della REMS San Martin: Procedure operative

paragrafo 1 comportamento aggressivo posto in essere da un ospite della struttura che determini seri rischi per l'incolumità fisica dell'ospite stesso o del personale sanitario;

1.1 Nel momento in cui emergono nel paziente chiari segnali di agitazione psicomotoria il personale sanitario presente in quel momento in struttura dovrà mettere in atto particolari strategie nel tentativo di contenere il fenomeno sul nascere. In particolare dovrà:

- confrontarsi con i dirigenti Medici presenti nella REMS che collaboreranno alla risoluzione dell'evento ed all'individuazione e rimozione di eventuali fattori scatenanti. In caso di assenza consultare prontamente il medico di guardia presente in struttura;
- distribuire strategicamente il personale all'interno della REMS e preallarmare il personale adibito alla vigilanza interna

1.2 Il personale della REMS, preso atto dell'impossibilità di risolvere la crisi mediante intervento sanitario di tipo farmacologico, valutato l'aggravarsi della situazione e il concreto rischio che il contesto degeneri, allerta, attraverso il personale adibito alla vigilanza, le Forze di Polizia e dopo avere messo in sicurezza i pazienti, può, al fine di tutelare la propria incolumità, recarsi in uno degli spazi dotati di porta antisfondamento.

1.3 Fermo restando l'obbligo (ex art.55 c.p.p.) di impedire che eventuali reati siano portati a ulteriori conseguenze ed in assenza del rischio imminente di azioni violente (autolesionismo o in danno di terzi), deve essere valutata l'opportunità di attendere, fin quando possibile, il naturale attenuarsi dello stato di agitazione. In tale circostanza il personale delle Forze di Polizia, giunto sul posto, supportando il personale sanitario, dovrà cercare di contenere il soggetto in crisi, attuando ogni accorgimento per preservarne l'integrità psico-fisica.

A questo punto, potrebbero configurarsi i seguenti scenari:

- a) Il paziente viene messo in sicurezza, quindi il medico presente in struttura valuterà gli interventi sanitari più idonei;
- b) Persistono le condizioni di urgenza psicopatologica e tali condizioni non si ritengono risolvibili all'interno della REMS, quindi il paziente potrà essere trasferito, non escludendo il ricorso al TSO presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del Presidio Ospedaliero precedentemente individuato o, nel caso di non disponibilità di posto, in quello più vicino

Paragrafo 2

Fuga o allontanamento non concordato di un ospite;

2.1 In via preliminare occorre chiarire che nella REMS, i pazienti che vi accedono sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva. La struttura, oltre ad assolvere il compito di cura della persona autore di reato ma affetta da disturbi psichiatrici, deve assicurare anche il rispetto delle prescrizioni dell'Autorità Giudiziaria.

In tale contesto, l'allontanamento arbitrario/non concordato dell'utente si configura come "indebito allontanamento" anche se il seguente intervento non permette l'attuazione dei provvedimenti generalmente attuati nei confronti di persona soggetta a regolare misura cautelare e/o detentiva.

Sulla base di interessi ed esigenze di sicurezza per l'incolumità pubblica, in caso di allontanamento arbitrario del paziente, gli operatori della struttura hanno l'obbligo di avvisare con immediatezza le Forze dell'Ordine e contestualmente l'Autorità Giudiziaria responsabile del provvedimento restrittivo.

L'allontanamento arbitrario del paziente inserito nella REMS, rappresenta una "situazione di crisi" che richiede interventi di rete immediati e non procrastinabili con caratteristiche prioritarie.

2.2 Ritenendo comunque fondamentale la costante e attenta attività preventiva e di vigilanza, anche nel caso di "fuga" è necessario attivare delle procedure ben stabilite e in particolare dovranno essere seguiti con precisione i seguenti passaggi:

- il personale della REMS deve accertarsi dell'effettivo allontanamento dell'utente mediante ricerca interna, consultando il personale adibito alla vigilanza della REMS e, se necessario, mediante la visione delle immagini di videosorveglianza;

- accertata la scomparsa occorre allertare le Forze dell'Ordine a cui dovranno essere fornite precise informazioni sul soggetto allontanato tramite una scheda biografica dell'utente (redatta a cura della REMS all'atto dell'ingresso dell'internato). In particolare, per facilitare e orientare le operazioni di ricerca, si dovrà indicare l'orario dell'allontanamento, fornire se è disponibile una fotografia, più recente possibile, dell'utente, indicare gli indumenti indossati all'atto dell'allontanamento, dare indicazioni e suggerimenti sulla base della patologia di cui è affetto l'allontanato (che rimane nota solo al personale sanitario), in merito al grado di pericolosità del soggetto per terze persone, fornire, tramite familiari e/o amici (specie quelli che si recano in struttura per visite e colloqui), ogni eventuale informazione acquisita dalla stessa persona nei giorni precedenti, relativa a manifestazioni di intolleranza alla permanenza in struttura ed alla volontà di allontanamento.

2.3 Le Forze dell'Ordine intervenute, dopo aver appreso quanto sopra indicato, nell'immediatezza provvederanno a:

- estendere le ricerche in ambito provinciale informando le altre Forze di Polizia;

- ricercare l'allontanato, prima nelle adiacenze della struttura, a seguire presso le fermate degli autobus e le stazioni ferroviarie. Allenteranno, altresì, i servizi di Polizia Ferroviaria;

- adottare i provvedimenti ritenuti opportuni a tutela di terzi possibili bersagli dell'internato;

- qualora rintracciato accompagnare il fuggiasco all'interno della REMS;

- informare l'Autorità Giudiziaria responsabile del provvedimento restrittivo affinché, qualora rintracciato il soggetto, disponga in merito al luogo di detenzione.

2.4 Qualora l'allontanamento dovesse protrarsi, il dirigente della REMS dovrà recarsi, nel più breve tempo possibile, presso il più vicino posto di Polizia per formalizzare la denuncia di allontanamento, producendo, se necessaria, dettagliata relazione dell'accaduto.

Paragrafo 3

Trasferimento degli ospiti

3.1 il trasporto del paziente al di fuori della REMS può avvenire o in modo programmato o in condizioni di urgenza.

Nel primo caso, normalmente per esigenze sanitarie programmabili e/o di giustizia, bisogna attenersi a quanto specificatamente disposto dall'Autorità Giudiziaria responsabile della misura di sicurezza.

Secondo quanto indicato dall'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni del 26 febbraio 2015, in caso di ricovero presso strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale esterne alla REMS è previsto, se disposto dall'Autorità Giudiziaria, il piantonamento da parte del personale appartenente al Corpo di Polizia Penitenziaria.

Nei casi di estrema urgenza e di pericolo di vita il Dirigente responsabile della REMS dispone direttamente il trasferimento, provvedendo contestualmente a darne notizia all'Autorità Giudiziaria competente per eventuali ulteriori disposizioni in merito.

Paragrafo 4

Integrazioni

4.1 Il contenuto del presente documento procedurale potrà venire integrato, qualora si ravvisi la necessità per esigenze locali o ritenute utili ai fini di una migliore gestione delle singole realtà anche sulla base delle esperienze maturate nella fase di attuazione. Sarà cura della struttura REMS portare a conoscenza delle Forze di Polizia nonché dell'Assessorato alla Sanità il documento aggiornato.

SICILIA

DD 27.9.16 - PO FSE 2014-2020, azione 9.2.2. Avviso n. 10/2016 per la presentazione di operazioni per l'inserimento socio-lavorativo dei soggetti in esecuzione penale approvato con D.D.G. n. 2252 del 6 settembre 2016. Rettifica. (GURS n. 45 del 7.10.16)

Art. 1

L'Avviso n. 10/2016 per la presentazione di operazioni per l'inserimento socio-lavorativo dei soggetti in esecuzione penale approvato con D.D.G. n. 2252 del 6 settembre 2016 del Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali" (supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana (p. I) n. 40 del 16 settembre 2016 (n. 32), è rettificato nelle seguenti parti:

- il punto 2 dell'art. 9 "Gestione finanziaria e parametri ammissibili" laddove è stato indicato che "L'applicazione del Vademecum UCS e del Manuale delle procedure dell'AdG per il PO della Regione Siciliana 2007/2013, nelle more del processo di revisione (...)", è rettificato e modificato nel seguente testo: "L'applicazione del Vademecum UCS e del Manuale delle procedure dell'AdG per il PO della Regione Siciliana 2007/2013, sarà assicurata nelle more del processo (...);"
- il punto 2 del paragrafo 11.2 "Istruttoria" dell'art. 11 "Ammissibilità e valutazione delle proposte" laddove è stata riportata la seguente dicitura "- con importo previsto per la realizzazione della operazione proposta dal progetto superiore a quanto indicato nell' articolo, 3 punto 3, e secondo la ripartizione dei costi per azione indicati nell'articolo 6, punto 3.5", è rettificato e modificato nel seguente testo: "- con importo previsto per la realizzazione della operazione proposta dal progetto superiore a quanto indicato nell' articolo 3, punto 3, e secondo la ripartizione dei costi per azione indicati nell'articolo 6, punto 4.5";
- il punto 1, lettera f), dell'art. 16 "Obblighi del soggetto proponente ammesso al finanziamento" laddove è stata riportata la seguente dicitura "f) redigere la dichiarazione finale dell'attività realizzata e trasmettere la stessa entro 60 giorni dalla conclusione delle attività, salvo casi espressamente autorizzati", è rettificato e modificato nel seguente testo: "f) redigere la dichiarazione finale dell'attività realizzata e trasmettere la stessa entro 30 giorni dalla conclusione delle attività, salvo casi espressamente autorizzati";
- il punto 5 dell'art. 21 "Informazione e pubblicità" dove è stato indicato che "Il mancato rispetto di queste disposizioni è causa di decurtazione del finanziamento, secondo quanto previsto dal precedente Art. 13.", è rettificato e modificato nel seguente testo: "Il mancato rispetto di queste disposizioni è causa di decurtazione del finanziamento, secondo quanto previsto dal precedente Art. 14.";
- l'articolo 11, paragrafo 11.3 Valutazione, criterio di valutazione A "Qualificazione del soggetto proponente", indicatore A1 dove è stato riportato che "Esperienza maturata da parte del soggetto capofila dell'ATI/ATS o Consorzio in attività di formazione professionale già effettuata presso Istituti penitenziari", è rettificato e modificato nel seguente testo: "Esperienza maturata da parte dell'ATI/ATS o Consorzio in attività di formazione professionale già effettuata presso Istituti penitenziari".

Art. 2

Restano invariate tutte le altre disposizioni di cui all'Avviso n. 10/2016 per la presentazione di operazioni per l'inserimento socio-lavorativo dei soggetti in esecuzione penale approvato con D.D.G. n. 2252 del 6 settembre 2016 del Dipartimento della famiglia e delle politiche sociali", ivi incluso il termine di presentazione delle domande per la partecipazione al predetto Avviso.

TOSCANA

RISOLUZIONE 13 settembre 2016, n. 69 - In merito alle pene alternative al carcere. (BUR n. 39 del 28.9.16)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali);

Visto il regolamento emanato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 15 giugno 2015, n. 84 (Regolamento di organizzazione del Ministero della giustizia e riduzione degli uffici dirigenziali e delle dotazioni organiche).

Vista la legge 28 aprile 2014, n. 67 (Deleghe al Governo in materia di pene detentive non carcerarie e di riforma del sistema sanzionatorio. Disposizioni in materia di sospensione del procedimento con messa alla prova e nei confronti degli irreperibili);

Considerato che negli ultimi anni gli uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) del Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria sono stati investiti da due importanti provvedimenti legislativi: l'istituzione della messa alla prova per gli adulti e la riorganizzazione del Ministero della Giustizia;

Considerato che è in atto la riorganizzazione del Ministero della Giustizia che fa uscire l'esecuzione penale esterna dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria per collocarla nell'appena costituito Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità chiamato a dedicarsi interamente all'ambito delle sanzioni extramurarie e quindi nella comunità;

Considerato che le citate leggi prevedono, a fronte di un reato non solo la carcerazione, ma anche una risposta penale articolata in diverse sanzioni di comunità, per cui le comunità nelle varie articolazioni (Regione, enti locali) diventano sempre più il luogo in cui il cittadino condannato o imputato attua il suo percorso di reinserimento;

Valutato che la concessione della nuova messa a prova è subordinata alla presenza di un lavoro di pubblica utilità da prestarsi a favore della collettività, da attuarsi o in associazioni di volontariato o negli enti locali;

Tenuto conto che gli ultimi dati disponibili a giugno 2016 forniti dall'Ufficio dell'esecuzione penale esterna - Provveditorato regionale per la Toscana e l'Umbria indicano che dei 6014 detenuti in Toscana seguiti dagli UEPE, 3487 stanno eseguendo una condanna o una sanzione sul territorio;

Considerato che i dati delle ricerche sulla recidiva hanno dimostrato che il sistema delle pene alternative risulta più efficace della pena detentiva ed è una risposta punitiva efficace per evitare il sovraffollamento carcerario;

Ritenuto che le "sanzioni di comunità" possono essere più impegnative della carcerazione e che rispondono alle esigenze di sicurezza della collettività e di una effettiva responsabilizzazione del reo ai fini della sua reintegrazione nel tessuto sociale;

Preso atto:

- delle collaborazioni già attive tra Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e Regione Toscana:

protocolli, Residenze per l'esecuzione di misure di sicurezza (REMS), tirocini formativi, rete dei servizi

nella gestione del caso e dei progetti in atto portati avanti dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria che hanno richiamato il coinvolgimento della comunità: care-giver, mediatori linguistico culturali, legalità, tirocini formativi e borse lavoro;

- delle istanze presentate alla Terza commissione consiliare permanente "Sanità e politiche sociali" dal Direttore dell'UEPE - Provveditorato regionale della Toscana e che nell'audizione del 14 giugno 2016 ha rappresentato i cambiamenti legislativi e organizzativi degli uffici UEPE messi in atto negli ultimi anni;

Considerato che è necessario, per l'individuazione di pene alternative al carcere, la partecipazione e il coinvolgimento di tutti gli attori presenti sul territorio;

Su proposta della Terza Commissione consiliare permanente;

INVITA

LA GIUNTA REGIONALE

a coinvolgere maggiormente le istituzioni locali, in primo luogo i comuni nella progettazione congiunta di strategie di percorso per l'individuazione di progetti alternativi alle pene carcerarie, il finanziamento di percorsi di mediazione, con l'individuazione di figure professionali specifici che, ai sensi dell'articolo 3 della legge regionale 16 agosto 2001, n. 38 (Interventi regionali a favore delle politiche locali per la sicurezza della comunità toscana), la co-progettazione nell'ambito del fondo sociale europeo (FSE) per le categorie svantaggiate con particolare riguardo ai soggetti sottoposti a sanzioni di comunità e a coordinare l'azione degli enti locali per lo sviluppo e l'attuazione dei lavori di pubblica utilità.

DIFESA DELLO STATO

LAZIO

DGR 27.9.16, n. 555 - Nomina Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza della Regione Lazio, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190. (BUR n. 81 dell'11.10.16)

Note

Il Dott. Pompeo Savarino, Direttore della Direzione Regionale "Attività di Controllo e Coordinamento delle Funzioni di Vigilanza", viene nominato Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Responsabile della Trasparenza per la Regione Lazio, ai sensi dell'art. 1 della legge n. 190/2012 e dell'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013.

Il Dott. Pompeo Savarino è preposto all'Area "Anticorruzione", in qualità di Responsabile per la Prevenzione della Corruzione di cui all'art. 1, comma 7, della legge 190/2012.

□□di dare, inoltre, atto che l'incarico in oggetto decorre dalla data di notifica del presente provvedimento e cessa il 1° ottobre 2019.

L'incarico di cui trattasi non comporta alcun costo aggiuntivo per l'amministrazione regionale;

EDILIZIA

LOMBARDIA

DGR 3.10.16 - n. X/5644 - Iniziative di contrasto all'emergenza abitativa: morosità incolpevole 2016 e aggiornamento d.g.r. X/1032/2013, inerente iniziative sperimentali, e d.g.r. X/2207/2014 E X/3789/2015 inerenti mobilità nella locazione. (BUR n. 40 del 7.10.16)

ALLEGATO A

LINEE GUIDA PER L'ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE A SOSTEGNO DEGLI INQUILINI MOROSI INCOLPEVOLI E TABELLA DI RIPARTO AI COMUNI

Premessa

La contingente e prolungata crisi economica ha prodotto effetti negativi sul lavoro e dunque sull'occupazione incidendo negativamente sulle famiglie ed in modo particolare su quelle a basso reddito che abitano alloggi in affitto sul libero mercato della locazione.

Per il contrasto della morosità incolpevole lo Stato ha istituito un apposito Fondo (DL 102/2013) e programmato risorse fino al 2020, con uno stanziamento per Regione Lombardia per il 2016 di € 12.723.612,93.

Le presenti Linee Guida hanno il fine di rendere omogenea sul territorio regionale l'applicazione della misura sul contenimento della morosità incolpevole, nonché di attuare una efficace attività di monitoraggio sulle iniziative.

1. Morosità incolpevole

La perdita o consistente riduzione della capacità reddituale può essere riconducibile ad una delle seguenti cause:

- a) licenziamento
- b) mobilità
- c) cassa integrazione
- d) mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici
- e) accordi aziendali e sindacali con riduzione del l'orario di lavoro
- f) cessazione di attività professionale o di impresa
- g) malattia grave
- h) infortunio o decesso di un componente del nucleo familiare che abbia comportato la riduzione del reddito

La consistente riduzione di reddito, riconducibile alle cause di cui sopra, è verificata direttamente dai funzionari comunali, secondo parametri previsti nell'avviso pubblico, a discrezione del Comune.

2. Destinatari

Ai sensi dell'art. 3, comma 1, Decreto Ministeriale del 30 marzo 2016, le risorse sono destinate a 155 Comuni lombardi ovvero:

- a tutti i Comuni ad elevata tensione abitativa individuati dalla delibera Cipe n. 87 del 13 novembre 2013;
- a tutti i Comuni inseriti dal PRERP 2014-2016 nelle classi di fabbisogno abitativo acuto, critico elevato.

Per iniziative di carattere sperimentale e nel rispetto dei criteri definiti dal Decreto Ministeriale del 30 marzo 2016 e dalle presenti Linee Guida Regionali, i 155 Comuni interessati dal presente provvedimento possono mettere a disposizione parte o tutte le risorse assegnate per la programmazione di misure gestite dai Piani di Zona, in coerenza con le finalità del fondo per la morosità incolpevole. Il Comune di Milano, analogamente, può mettere a disposizione parte o tutte le risorse assegnate per l'attivazione di politiche sulla Città Metropolitana di Milano, in coerenza con le finalità del fondo per la morosità incolpevole. In ogni caso il monitoraggio e la rendicontazione delle risorse restano a carico del Comune beneficiario secondo quanto stabilito dal presente atto.

3. Criteri di accesso al contributo

I Comuni:

- individuano idonee forme di pubblicità per informare i cittadini potenzialmente interessati delle misure di sostegno previste dal decreto ministeriale n. 202 e dalle presenti Linee Guida;
- comunicano ai Prefetti l'elenco degli inquilini che abbiano i requisiti per l'accesso ai contributi e ciò *“per le valutazioni funzionali all'adozione delle misure di graduazione programmata dell'intervento della forza pubblica nell'esecuzione dei provvedimenti di sfratto”* (art. 6 DM 30/3/16).

I Comuni nella definizione degli avvisi o dei provvedimenti e nelle successive valutazioni di ammissibilità dei richiedenti devono tenere conto dei criteri previsti all'art. 3 del Decreto Ministeriale 30 marzo 2016 e delle indicazioni delle presenti Linee Guida Regionali.

In particolare:

- la lettera a) del comma 1, art. 3 del D.M., fissa i valori massimi per poter accedere al contributo, prevedendo che il richiedente debba possedere un reddito I.S.E (Indicatore della Situazione Economica) non superiore a € 35.000 o un valore I.S.E.E (indicatore della Situazione Economica equivalente) non superiore a € 26.000;
- la lettera b) del comma 1, art. 3, prevede che la famiglia sia destinataria di un atto di intimazione di sfratto per morosità con atto di citazione per la convalida

- la lettera c) del comma 1 art. 3, prevede che il richiedente sia titolare di un contratto di locazione di unità immobiliare ad uso abitativo regolarmente registrato e risieda nell'alloggio oggetto della procedura di rilascio da almeno un anno;
- la lettera d) del comma 1 art. 3, prevede che il richiedente abbia cittadinanza italiana, di un Paese dell'UE, ovvero possieda un regolare titolo di soggiorno, nei casi di cittadini non appartenenti all'UE.

Ciascun Comune potrà adeguare i limiti di ISE e di ISEE entro il massimo previsto dal decreto ministeriale in funzione dell'entità di morosità incolpevole accertata nel proprio territorio rispetto alle risorse finanziarie attribuite dalla Regione.

I criteri preferenziali sono indicati all'art. 3 cc. 1,2 e 3 del Decreto Ministeriale del 30 marzo 2016.

4. Entità del contributo erogabile ai beneficiari I Comuni determinano ed erogano agli aventi diritto un contributo in relazione all'entità della morosità incolpevole accertata nel proprio territorio e tenuto conto delle risorse finanziarie attribuite dalla Regione. L'importo del contributo concedibile per sanare la morosità incolpevole non può superare l'importo di € 12.000,00.

Non possono accedere al contributo i soggetti che ne hanno già beneficiato ai sensi della D.G.R. n. 2648/2014 e 4247/2015. Il controllo di tale requisito è in capo al Comune.

5. Finalizzazione del contributo

I contributi, come indicato nel DM del 30 marzo 2016, sono destinati a:

- a) fino a un massimo di € 8.000,00 per sanare la morosità incolpevole accertata dal comune, qualora il periodo residuo del contratto in essere non sia inferiore ad anni due, con contestuale rinuncia all'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile;
- b) fino a un massimo di € 6.000,00 per ristorare la proprietà dei canoni corrispondenti alle mensilità di differimento qualora il proprietario dell'immobile consenta il differimento dell'esecuzione del provvedimento di rilascio dell'immobile per il tempo necessario a trovare un'adeguata soluzione abitativa all'inquilino moroso incolpevole;
- c) assicurare il versamento di un deposito cauzionale per stipulare un nuovo contratto di locazione;
- d) assicurare il versamento di un numero di mensilità relative a un nuovo contratto da sottoscrivere a canone concordato fino alla capienza del contributo massimo complessivamente concedibile di € 12.000,00.

I contributi di cui alle lettere c) e d) possono essere corrisposti dal comune in un'unica soluzione contestualmente alla sottoscrizione del nuovo contratto, anche a canone inferiore rispetto al libero mercato.

Per il riconoscimento del contributo, i nuovi contratti di locazione devono essere stipulati preferibilmente a canone concordato, ma potranno anche essere a canone convenzionato o agevolato e comunque inferiore al libero mercato.

6. Criteri e assegnazione ed erogazione delle risorse

Le risorse destinate alle iniziative a sostegno degli inquilini morosi incolpevoli sono pari a € 22.380.524,73 e sono assegnate ai Comuni attuatori mediante l'utilizzo dei seguenti parametri:

- € 9.171.530,00 in relazione al numero di abitanti del Comune, assegnando 2 euro per abitante, con eccezione del Comune di Milano, la cui quota è di € 1 per abitante;
- € 13.208.994,73 secondo i seguenti criteri:
 - 70% in base al numero di famiglie in affitto sul totale delle famiglie presenti nel Comune (fonte Istat - Censimento 2011)
 - 30% in base al numero degli sfratti eseguiti su base provinciale, in rapporto al numero dei nuclei familiari in affitto del Comune di riferimento (fonte Istat 2015);

Le quote finanziarie così calcolate ed indicate nella Tabella 1, a margine delle presenti Linee Guida, rappresentano per ciascun Comune il limite massimo erogabile.

Le risorse sono trasferite in acconto ai Comuni da Regione Lombardia per il 57% entro il mese di novembre 2016. Il restante 43% sarà trasferito, a seguito di rendicontazione di quanto liquidato con la prima tranche, da parte di Finlombarda Spa, mediante le risorse già disponibili sul Fondo “Sostegno ai cittadini per il mantenimento dell’abitazione in locazione” istituito ai sensi della L.R. 33/2008, art. 6, c. 3.

Tutte le risorse del presente provvedimento dovranno essere utilizzate secondo le indicazioni del DM del 30 marzo 2016 e delle presenti Linee guida Regionali, entro il 31 dicembre 2017.

7. Graduazione programmata della forza pubblica nell’esecuzione degli sfratti

I Comuni dovranno adottare le misure necessarie per acquisire ogni informazione utile per la compilazione degli elenchi dei soggetti morosi incolpevoli che hanno i requisiti per beneficiare del contributo previsto dal decreto ministeriale e dalle presenti Linee Guida Regionali. Tali elenchi dovranno essere trasmessi alle Prefetture – Uffici Territoriali del Governo per l’adozione delle misure di graduazione programmata dell’intervento della forza pubblica nell’esecuzione dei provvedimenti di sfratto.

Non sono richiesti invii alla Regione Lombardia, se non quelli previsti al successivo punto 8 delle presenti Linee Guida Regionali.

8. Monitoraggio delle attività poste in essere e delle risorse finanziarie utilizzate

Conformemente alle specifiche definite e comunicate dal Ministero competente, la Regione assicura il monitoraggio sull’utilizzo dei fondi statali.

Al fine di strutturare una base informativa utile per la messa a punto di strategie di contrasto della morosità incolpevole, i Comuni aderenti alla presente misura dovranno fornire con cadenza semestrale ogni informazione utile sulle attività poste in essere in applicazione del decreto ministeriale e delle Linee Guida Regionali.

A tal fine, i Comuni devono inviare i seguenti dati:

- Richieste di contributo pervenute al Comune
- Numero contributi assegnati
- Importo medio contributo
- Numero nuovi contratti sottoscritti
- Numero contratti rinnovati
- Numero procedure sfratto differite
- Numero beneficiari classificati secondo la finalizzazione del contributo prevista dell’art. 5 del DM del 30 marzo 2016.
- Elenco anagrafico dei beneficiari (nome, cognome, codice fiscale, importo erogato).

A tal fine, verrà messo disposizione un sistema informativo.

9. Controlli

Il Comune verifica che il richiedente ovvero ciascun componente del nucleo familiare non sia titolare di diritto di proprietà usufrutto uso o abitazione nella provincia di residenza di altro immobile fruibile ed adeguato alle esigenze del nucleo familiare

I Comuni svolgono controlli a campione ai sensi della normativa vigente per verificare la veridicità delle informazioni dichiarate dal beneficiario.

Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, il Comune procede alla revoca del beneficio, attiva le procedure di recupero e ne dà comunicazione a Regione Lombardia.

10. Informazioni

Per qualsiasi chiarimento sul contenuto delle presenti Linee Guida i Comuni possono inviare una mail a:

lucilla_carla_ceruti@regione.lombardia.it,

laura_berardino@regione.lombardia.it

emanuele_busconi@regione.lombardia.it

Allegato alle presenti Linee guida Regionali:

Tabella 1 – Riparto risorse assegnate ai Comuni

Tabella 1 – Riparto risorse assegnate ai Comuni

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

ALLEGATO B

INIZIATIVE SPERIMENTALI

Modifiche e integrazioni alle indicazioni approvate con i provvedimenti:

- **DGR 1032 del 5 dicembre 2013** “Istituzione del Fondo ai sensi dell’art. 6 l.r. 23 dicembre 2008, n. 33 “Sostegno ai cittadini per il mantenimento dell’abitazione in locazione”, per l’attivazione di iniziative sperimentali da parte dei Comuni ad alta tensione abitativa”
- **DGR 1876 del 23 maggio 2014** “Approvazione dello Schema di accordo di collaborazione di cui alla DGR n. 1032/2013, per la realizzazione di iniziative sperimentali da parte dei Comuni ad elevata tensione abitativa, per contenere i fenomeni delle morosità incolpevoli e degli sfratti”
- **DGR 2648 del 14 novembre 2014** “Completamento delle iniziative regionali 2014 a sostegno delle famiglie per il mantenimento delle abitazioni in locazione”

1. LIMITE ISEE

Il limite ISEE può essere innalzato fino ad € 40.000 per tutti i beneficiari di cui alle iniziative sperimentali.

Resta salva la possibilità dei Comuni di utilizzare un limite ISEE inferiore.

2. MODALITA’ USO RISORSE

a. Le risorse regionali possono essere utilizzate a fondo perduto, fino a d un massimo del 50% dei fondi regionali, compreso l’importo delle spese di gestione (che non può comunque superare il 10% del preventivo di progetto), ferma restando la possibilità di usare per intero a fondo perduto la quota di co-finanziamento comunale.

b. I Comuni possono mettere a disposizione parte o tutte le risorse assegnate per la programmazione di misure gestite dai Piani di Zona, in coerenza con le finalità del fondo per la morosità incolpevole. Il Comune di Milano, analogamente, può mettere a disposizione parte o tutte le risorse assegnate per l’attivazione di politiche sulla Città Metropolitana di Milano in coerenza con le finalità del fondo per la morosità incolpevole. In ogni caso il monitoraggio e la rendicontazione delle risorse restano a carico del Comune beneficiario secondo le indicazioni contenute nei provvedimenti di assegnazione.

3. MODALITA’ DI APPLICAZIONE DELLE MODIFICHE

Le presenti modifiche si applicano automaticamente agli Accordi di collaborazione già sottoscritti ai sensi della DGR 1032/2013 senza bisogno di dovere procedere alla loro modifica.

ALLEGATO C

MOBILITA' NEL SETTORE DELLA LOCAZIONE 2014

Modifiche e integrazioni alle indicazioni approvate con i provvedimenti:

- **DGR 2207 del 25 luglio 2014** “Emergenza abitativa: sostegno alle famiglie in grave disagio economico per il pagamento dell’affitto e iniziative per favorire la mobilità nel settore della locazione (art. 11, comma 3, legge 431/1998 – legge 80/2014)
- **DGR 2648 del 14 novembre 2014** “Completamento delle iniziative regionali 2014 a sostegno delle famiglie per il mantenimento delle abitazioni in locazione”

1. SPESE DI GESTIONE

La misura massima delle spese di organizzazione e gestione non può superare il 10% del budget assegnato.

2. MODALITA' USO RISORSE

I Comuni possono mettere a disposizione parte o tutte le risorse assegnate per la programmazione delle misure gestite dai Piani di Zona in coerenza con le finalità del fondo per la morosità incolpevole. Il Comune di Milano, analogamente, può mettere a disposizione parte o tutte le risorse assegnate per l’attivazione di politiche sulla Città Metropolitana di Milano in coerenza con le finalità del fondo per la morosità incolpevole. In ogni caso il monitoraggio e la rendicontazione delle risorse restano a carico del Comune beneficiario secondo le indicazioni contenute nei provvedimenti di assegnazione.

MOBILITA' NEL SETTORE DELLA LOCAZIONE 2015

Modifiche e integrazioni alle indicazioni approvate con i provvedimenti:

- **DGR 3789 del 3 luglio 2015** “Emergenza abitativa: iniziative tese a favorire la mobilità nel settore della locazione e a favore dei nuclei familiari interessati da provvedimenti esecutivi di rilascio per finita locazione di cui all’art. 1, comma 1 della legge 8 febbraio 2007, n. 9”

1. DURATA

I termini per l’utilizzo delle risorse sono prorogati al 31.12.2017

2. LIMITE ISEE

Il limite ISEE per tutte le iniziative realizzate con le risorse di cui alla soprastante DGR può essere innalzato ad € 40.000.

Resta salva la possibilità dei Comuni di utilizzare un limite ISEE inferiore.

3. MODALITA' TRASFERIMENTO E USO RISORSE

Le risorse di cui alla DGR 3789 saranno erogate con un acconto pari al 50% ai soli Comuni che ne facciano richiesta e che abbiano esaurito le risorse 2014. I comuni che hanno avuto la liquidazione pari al 20% in acconto possono procedere da subito alla richiesta del restante rimanente.

Il saldo del rimanente 50% potrà essere erogato a seguito di rendicontazione ed utilizzo del primo acconto.

I Comuni possono mettere a disposizione parte o tutte le risorse assegnate per la programmazione delle misure gestite dai Piani di Zona in coerenza con le finalità del fondo per la morosità incolpevole. Il Comune di Milano, analogamente, può mettere a disposizione parte o tutte le risorse assegnate per l’attivazione di politiche sulla Città Metropolitana di Milano in coerenza con le finalità del fondo per la morosità incolpevole. In ogni caso il monitoraggio e la rendicontazione delle risorse restano a carico del Comune beneficiario secondo le indicazioni contenute nei provvedimenti di assegnazione.

TOSCANA

DGR 13.9.16, n. 890 - Fondo Nazionale destinato agli inquilini morosi incolpevoli di cui al D.L. 102/2013 - convertito dalla L. 124/2013 - Ripartizione risorse anno 2016. (BUR n. 39 del 28.9.16)

Note

Vengono ripartite le risorse del Fondo Nazionale destinate agli inquilini morosi incolpevoli per l'annualità 2016, assegnate alla Regione Toscana con Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 30 marzo 2016, pari a Euro 5.309.375,17, tra i Comuni Capoluogo e ad alta tensione abitativa di cui alla delibera CIPE n. 87 del 13 novembre 2003, secondo i parametri e i criteri previsti con Delibera G.R. 1044 del 25.11.2014;

Viene approvata la ripartizione delle risorse ai Comuni Capoluogo e ai Comuni ad alta tensione abitativa riportati nell'allegato "B" che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione (a cui si rinvia).

ENTI LOCALI

PUGLIA

DGR 28.9.16, n. 1508 - Patto di stabilità regionalizzato per l'anno 2016. Articolo 1, commi 728 - 731, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016). Recepimento dell'accordo con l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI) – Puglia, la Città metropolitana di Bari e l'Unione delle Province d'Italia (UPI) – Puglia. (BUR n. 114 del 10.10.16)

Note

Viene fatto proprio e recepito l'accordo sottoscritto in data 15 settembre 2016 con ANCI Puglia, Città metropolitana di Bari ed UPI Puglia, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente atto, ai sensi del quale viene data attuazione per l'anno 2016 al patto regionalizzato di cui ai commi da 728 - 731 dell'articolo unico della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016).

Allo stato attuale permane l'impossibilità per la regione Puglia di procedere alla cessione di spazi finanziari in favore dei propri enti territoriali e di attivare, quindi, il cd. patto regionalizzato di tipo "verticale" per l'esercizio 2016.

SICILIA

DASS 22.9.16 - Riparto delle risorse autorizzate delle quote di parte corrente ai liberi Consorzi comunali e Città metropolitane, per l'anno 2016. (GURS n. 45 del 7.10.16)

L'ASSESSORE PER LE AUTONOMIE LOCALI

E LA FUNZIONE PUBBLICA

di concerto con

L'ASSESSORE PER L'ECONOMIA

Art. 1

È approvato il riparto di cui agli allegati prospetti, facenti parte integrante del presente decreto, delle risorse autorizzate per l'anno 2016 dal comma 1 dell'art. 9 della legge regionale 17 maggio 2015, n. 9 e s.m.i. ammontanti, in termini programmatici, a complessivi 19.150.000,00 euro (allegato "A") e, in termini di risorse immediatamente disponibili, a complessivi 18.249.000,00 euro (allegato "B"), da assegnare ai liberi consorzi comunali a titolo di contributo di parte corrente, tenuto conto, altresì, delle destinazioni di cui al comma 1 dell'art. 9 legge regionale n. 9/2015, al comma 1 dell'art. 26 della legge regionale n. 3/2016 ed all'art. 16 della legge regionale n. 8/2016.

TOSCANA

L.R. 6.10.16, n. 70 - Disposizioni in materia di cooperazione finanziaria con gli enti locali, di unioni di comuni e piccoli comuni, e norme di attuazione della legislazione sul riordino delle funzioni. Modifiche alle leggi regionali 68/2011, 22/2015, 70/2015, 9/2016. (BUR n. 46 del 12.10.16)

PREAMBOLO

1. Il processo di riordino e i mutamenti della legislazione statale richiedono la ridefinizione di norme, contenute nella l.r. 68/2011, di adeguamento della legislazione regionale in materia di finanza locale, di modifica di disposizioni per consentire alle unioni di comuni di accedere, fin dal 2016, alle premialità con valorizzazione di compiti ritenuti rilevanti o complementari al buon esercizio delle funzioni regionali, e infine di modifica dei criteri di concessione dei contributi ai piccoli comuni, a fini di semplificazione e di allineamento ai criteri di identificazione delle funzioni che consentono l'accesso ai contributi da parte delle unioni;

2. Si dettano disposizioni di modifica della l.r. 22/2015, per assicurare: la più celere definizione degli accordi sui beni e sui rapporti da trasferire in capo alla Regione, destinati al recepimento con legge regionale e la loro eventuale integrazione; la corretta misura del salario accessorio da erogare al personale trasferito in caso di mancato rispetto, da parte degli enti di provenienza, dei vincoli finanziari posti alla contrattazione collettiva; la continuità amministrativa della gestione dei beni e dei rapporti in corso, che restano in capo agli enti locali, fino alla definizione degli accordi medesimi; il

corretto riparto delle competenze sulle opere in corso, mediante disposizione volta a chiarire quali di queste rientrano comunque nella competenza degli enti locali.

Ulteriori disposizioni sono finalizzate a precisare che l'attribuzione delle risorse regionali trasferite ai comuni capoluoghi è subordinata alla continuità delle funzioni svolte dal personale trasferito e a chiarire la competenza sui procedimenti sanzionatori in corso;

3. Nel contesto delle modifiche alla l.r. 22/2015, è necessario prevedere che, a decorrere dal 2016, l'ammontare complessivo delle spese di funzionamento della Regione sia commisurato al trasferimento del personale e delle autovetture, conseguente al riordino delle funzioni, tenendo conto, nell'ambito dei limiti fissati dalla normativa statale, anche degli incrementi connessi al personale trasferito e alle autovetture acquisite;

4. Si dettano disposizioni di modifica della l.r. 70/2015 finalizzate: ad aggiornare la tabella del costo del personale trasferito alla Regione, in modo da tenere conto dei trasferimenti per il personale cosiddetto "trasversale" e dello svolgimento delle attività regionali inerenti all'antincendio boschivo; a consentire di adeguare la spesa regionale rispetto alle rettifiche operate dalle province e della Città metropolitana di Firenze, stabilendo la decorrenza della corresponsione delle indennità previste dal contratto nazionale di lavoro; a consentire, per il caso particolare del Comune di Arezzo, il corretto svolgimento delle funzioni attribuite in materia di turismo;

5. In relazione ai beni trasferiti con la l.r. 9/2016, si effettuano alcune limitate rettifiche che, per consentire il trasferimento diretto alle unioni di comuni di taluni beni mobili registrati, per l'esercizio delle funzioni conferite, erroneamente imputati dagli enti locali alle funzioni trasferite alla Regione;

6. Attesa la necessità di provvedere tempestivamente agli adempimenti successivi all'entrata in vigore della presente legge, è opportuno disporre l'entrata in vigore il giorno successivo alla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana;

Capo I

Modifiche alla legge regionale 27 dicembre 2011, n. 68 (Norme sul sistema delle autonomie locali)

Art. 1

Cooperazione finanziaria

Sostituzione dell'articolo 6 della l.r. 68/2011

1. L'articolo 6 della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 68 (Norme sul sistema delle autonomie locali), è sostituito dal seguente:

“Art. 6

Principi e ambito della cooperazione finanziaria

1. La Regione opera, nel quadro della legislazione statale, in vista dell’ottimizzazione dell’utilizzo delle risorse finanziarie proprie e degli enti locali del territorio e degli spazi relativi al mantenimento dei saldi di finanza pubblica, anche in rapporto all’indebitamento e agli investimenti.
2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione e gli enti locali cooperano al fine di realizzare l’obiettivo complessivo di finanza pubblica a livello regionale, di massimizzare l’efficienza del controllo e della gestione complessiva del debito sul territorio e di provvedere, al contempo, all’efficacia allocativa delle risorse destinate agli investimenti, con particolare riferimento a quelli di interesse strategico regionale. la Regione e gli enti locali cooperano, inoltre, per la semplificazione e l’efficientamento delle procedure in materia tributaria e di contrasto all’evasione fiscale.
3. La cooperazione si svolge mediante accordi e intese, anche con le articolazioni territoriali delle associazioni rappresentative degli enti locali di cui all’articolo 4.”.

Art. 2

Sistema informativo sulla finanza delle autonomie locali Modifiche all’articolo 7 della l.r. 68/2011

1. La lettera b) del comma 2 dell’articolo 7 della l.r. 68/2011 è sostituita dalla seguente:
“b) le informazioni finanziarie connesse al concorso, al contenimento dei saldi di finanza pubblica e al livello di indebitamento.”.

Art. 3

Adempimenti degli enti locali e della Regione Modifiche all’articolo 9 della l.r. 68/2011

1. Le lettere b), c) e d) del comma 1 dell’articolo 9 della l.r. 68/2011 sono sostituite dalle seguenti:
“b) le informazioni finanziarie relative al concorso al contenimento dei saldi di finanza pubblica;
c) le informazioni finanziarie sul livello di indebitamento;
d) le informazioni necessarie per l’alimentazione e il mantenimento degli archivi regionali di cui all’articolo 8.”.
2. Il primo periodo del comma 3 dell’articolo 9 della l.r. 68/2011 è sostituito dal seguente: “Con deliberazione della Giunta regionale sono individuate le informazioni di cui al comma 1, lettera d), e sono stabiliti i termini e le modalità per la loro trasmissione.”.
3. I commi 4 e 5 dell’articolo 9 della l.r. 68/2011 sono abrogati.
4. Il primo periodo del comma 7 dell’articolo 9 della l.r. 68/2011 è soppresso.

Art. 4

Obiettivo di finanza pubblica Sostituzione dell’articolo 10 della l.r. 68/2011

1. L’articolo 10 della l.r. 68/2011 è sostituito dal seguente:

“Art. 10

Mantenimento dell’obiettivo complessivo di finanza pubblica a livello regionale.

1. La Regione, nell’ambito della cooperazione finanziaria di cui all’articolo 6, attua gli strumenti previsti e disciplinati dalla normativa nazionale relativa al mantenimento dell’obiettivo complessivo di finanza pubblica a livello regionale, al fine di garantire le priorità individuate dagli strumenti di programmazione generale della Regione stessa.”.

Art. 5

Patto di stabilità territoriale

Abrogazione degli articoli 11, 12 e 13 della l.r. 68/2011

1. Gli articoli 11, 12 e 13 della l.r. 68/2011 sono abrogati.

Art. 6

Partecipazione dei comuni all’accertamento di tributi regionali Modifiche all’articolo 14 della l.r. 68/2011

1. Il comma 1 dell’articolo 14 della l.r. 68/2011 è abrogato.
2. Il comma 2 dell’articolo 14 della l.r. 68/2011 è abrogato.

3. Al comma 3 dell'articolo 14 della l.r. 68/2011 le parole: "Ai comuni, alle province e alla città metropolitana che partecipano" sono sostituite dalle seguenti: "Ai comuni che partecipano, tramite segnalazioni qualificate,".

4. Il comma 4 dell'articolo 14 della l.r. 68/2011 è abrogato.

5. Il comma 7 dell'articolo 14 della l.r. 68/2011 è abrogato.

Art. 7

Sistema integrato di contrasto all'evasione fiscale Modifiche all'articolo 15 della l.r. 68/2011

1. Il comma 2 dell'articolo 15 della l.r. 68/2011 è sostituito dal seguente:

"2. La Regione promuove e sostiene, anche finanziariamente, i progetti degli enti locali realizzati all'interno di zone territoriali omogenee rispetto alle dimensioni socio-economiche rilevanti in ordine all'attuazione delle finalità medesime, come individuate dagli strumenti di programmazione generale della Regione e finalizzati a rafforzare la fiscalità locale ed il contrasto all'evasione.

Ogni progetto è realizzato in modo da massimizzare gli effetti e le ricadute dello stesso all'interno di ognuna delle zone individuate ed è volto a definire ed attuare procedure, modelli e soluzioni comuni agli enti che ad esso partecipano."

2. All'alinea del comma 3 dell'articolo 15 della l.r. 68/2011 le parole: "agli enti locali, singoli o associati, o alle loro associazioni rappresentative" sono sostituite dalle seguenti: "ai comuni, singoli o associati".

Art. 8

Ricorso all'indebitamento Sostituzione dell'articolo 16 della l.r. 68/2011

1. L'articolo 16 della l.r. 68/2011 è sostituito dal seguente:

"Art. 16

Ricorso all'indebitamento da parte della Regione e degli enti locali

1. La Regione, nell'ambito della cooperazione finanziaria di cui all'articolo 6, attua gli strumenti previsti e disciplinati dalla normativa nazionale relativa al ricorso all'indebitamento da parte di Regione ed enti locali, al fine di garantire le priorità individuate dagli strumenti di programmazione generale della Regione medesima."

Art. 9

Statuto dell'unione. Modifiche all'articolo 25 della l.r. 68/2011

1. Dopo il numero 4) della lettera a) del comma 2 dell'articolo 25 della l.r. 68/2011 è inserito il seguente:

"4 bis) prevede l'eventuale rotazione alla carica di presidente dell'unione tra i sindaci dei comuni associati e, in tal caso, ne stabilisce i criteri;"

Art. 10

Presidente dell'unione. Modifiche all'articolo 34 della l.r. 68/2011

1. Il comma 2 dell'articolo 34 della l.r. 68/2011 è sostituito dal seguente:

"2. Il presidente dell'unione è eletto dalla giunta salvo che lo statuto preveda l'elezione da parte del consiglio, tra i sindaci dei comuni associati. Lo statuto può prevedere la rotazione tra i sindaci dei comuni associati alla carica di presidente."

2. Nel primo periodo del comma 3 dell'articolo 34 della l.r. 68/2011 dopo le parole: "e i criteri per la" è inserita la seguente: "eventuale". Al secondo periodo le parole: "e dura fino al 31 dicembre dello stesso anno, e la rotazione avviene per ogni anno solare, con elezione riservata ai sindaci che non hanno già ricoperto l'incarico" sono soppresse.

Art. 11

Funzioni delle unioni di comuni Modifiche all'articolo 55 della l.r. 68/2011

1. Al comma 2 dell'articolo 55 della l.r. 68/2011 le parole: "di due funzioni fondamentali" sono sostituite dalle seguenti: "di due funzioni tra quelle indicate dall'articolo 90, comma 1, lettera b)".

Art. 12

Fusioni di comuni Modifiche all'articolo 64 della l.r. 68/2011

1. Al comma 1 quater dell'articolo 64 della l.r. 68/2011 sono apportate le seguenti modifiche:

a) alla lettera a) la parola: "quattro" è sostituita dalla seguente: "tre";

b) la lettera b) è sostituita dalla seguente:

“b) sono incrementati del 60 per cento se il comune risultante dalla fusione o dall’incorporazione ha una popolazione superiore a 15.000 abitanti;”.

Art. 13

Comuni in situazione di maggior disagio Modifiche all’articolo 82 della l.r. 68/2011

1. Dopo il primo periodo del comma 1 dell’articolo 82 della l.r. 68/2011 è inserito il seguente: “In aggiunta o in sostituzione di una o più funzioni fondamentali sono considerate una o più funzioni di cui all’articolo 90, comma 1, lettera b), numeri 1), 2), 3) e 4).”

2. Al comma 2 dell’articolo 82 della l.r. 68/2011 le lettere a), b) e c) sono sostituite dalle seguenti:

“a) si individua la misura teorica del contributo attribuibile a ciascun comune, corrispondente al 2 per cento delle risorse disponibili;

b) si individuano i soli comuni ai quali potrebbe essere concesso il contributo in considerazione del maggior disagio che risulta dalla graduatoria di cui all’articolo 80, comma 3, e della possibilità di attribuire a ciascuno di essi la misura teorica di cui alla lettera a); se l’ultimo comune da prendere in considerazione risulta insieme ad altri con identico valore del disagio, sono considerati anche i comuni con detto valore;

c) si prendono in considerazione nell’anno di riferimento solo i comuni, tra quelli della lettera b), che risultano avere i requisiti di cui al comma 1. Le risorse disponibili sono ripartite in modo tale che a ciascuno di essi sia concessa, nel limite massimo di 25.000,00 euro, una somma di identico valore;”.

3. Dopo la lettera c) del comma 2 dell’articolo 82 della l.r. 68/2011 è aggiunta la seguente:

“c bis) se, a seguito del riparto di cui alla lettera c), residuano risorse disponibili, queste sono assegnate agli altri comuni che risultano nella graduatoria, aventi i requisiti di cui al comma 1, nell’ordine ivi previsto e fin no a concorrenza delle risorse residue, in modo tale che ad essi sia attribuito un contributo nella stessa misura dei comuni beneficiari ai sensi della medesima lettera c); se l’ultimo comune aggiuntivo da prendere in considerazione risulta, insieme ad altri, con identico valore del disagio, sono considerati anche i comuni con detto valore, e le risorse residue sono ripartite in misura identica tra tutti i comuni aggiuntivi, anche se la misura del contributo è inferiore a 25.000,00 euro.”

Art. 14

Contributi alle unioni di comuni Modifiche all’articolo 90 della l.r. 68/2011

1. La lettera b) del comma 1 dell’articolo 90 della l.r. 68/2011 è sostituita dalla seguente:

“b) esercitino per tutti i comuni dell’unione almeno quattro funzioni fondamentali di cui all’articolo 14, comma 27, lettere b), d), e), g), h), i) e l bis), del d.l. 78/2010 convertito dalla l. 122/2010; in aggiunta o sostituzione di una o più delle suddette funzioni fondamentali è considerato anche l’esercizio associato di una o più di quelle unitariamente indicate ai numeri seguenti:

1) sportello unico delle attività produttive;

2) procedure di valutazione di impatto ambientale, vincolo idrogeologico, pareri relativi ai procedimenti in materia paesaggistica;

3) piano strutturale intercomunale di cui all’articolo 23 della legge regionale 10 novembre 2014, n. 65 (Norme per il governo del territorio); dette attività sono considerate solo se sono svolte in alternativa alla funzione di cui all’articolo 14, comma 27, lettera d), del d.l. 78/2010 convertito dalla l. 122/2010, ovvero se, in presenza di esercizio associato di detta funzione, ne costituiscono l’unico o il prevalente svolgimento;

4) gestione delle entrate tributarie e dei servizi fin scali, concernente la gestione ordinaria dei tributi e delle imposte comunali; gestione dei beni demaniali e patrimoniali, concernente la tenuta e l’aggiornamento dell’inventario dei beni, nonché la manutenzione ordinaria e straordinaria degli edifici destinati a sedi di uffici pubblici e a pubblico servizio; gestione delle risorse umane, concernente il reclutamento e i concorsi e il trattamento giuridico ed economico del personale; dette attività sono considerate, fin no alla puntuale individuazione da parte dello Stato delle attività rientranti nella funzione fondamentale dell’articolo 14, comma 27, lettera a), del d.l. 78/2010,

convertito dalla l. 122/2010, solo se sono esercitate nel loro complesso come svolgimento della funzione medesima.”.

2. Dopo il comma 2 dell’articolo 90 è inserito il seguente:

“2bis. Fermo restando quanto previsto dal comma 2, a decorrere dall’anno 2017, l’esercizio associato dello sportello unico delle attività produttive può essere considerato tra le funzioni di cui al comma 1, lettera b), solo se risulta anche la sussistenza dei requisiti di interoperabilità stabiliti con deliberazione della Giunta regionale; l’accertamento della sussistenza di detti requisiti avviene d’ufficio, sulla base di comunicazione della struttura regionale competente alla gestione di tale sistema di interoperabilità.”.

3. Dopo il comma 15 dell’articolo 90 della l.r. 68/2011 è aggiunto il seguente:

“15 bis. Fatte salve le unioni già costituite all’entrata in vigore del presente comma, non possono accedere ai contributi le unioni di comuni costituite in maggioranza da comuni receduti da altre unioni di comuni.”.

Art. 15

Revoca di contributi Modifiche all’articolo 91 della l.r. 68/2011

1. All’alinea del comma 9 dell’articolo 91 della l.r. 68/2011, dopo le parole: “del comma 6,” sono inserite le seguenti: “o sussistono le condizioni perché sia adottato il decreto di revoca,”.

2. Al comma 9 bis dell’articolo 91 della l.r. 68/2011, le parole: “Il contributo è altresì revocato” sono sostituite dalle seguenti: “Salvo quanto previsto all’articolo 90, comma 3, i contributi sono altresì revocati”.

Art. 16

Relazione al Consiglio Regionale sulle iniziative di cooperazione finanziaria. Modifiche all’articolo 107 della l.r. 68/2011

1. Al comma 1 dell’articolo 107 della l.r. 68/2011 le lettere a), b) e c) sono sostituite dalle seguenti:

“a) dello stato di attuazione degli accordi e delle intese di cui all’articolo 6, comma 3;

b) dello stato di attuazione dei sistemi informativi di cui agli articoli 7 e 8;

c) dello stato di attuazione del sistema integrato per il contrasto all’evasione di cui agli articoli 14 e 15.”.

Art. 17

Disposizioni finali e transitorie Modifiche all’articolo 111 della l.r. 68/2011

1. Al comma 7 quater dell’articolo 111 della l.r. 68/2011 le parole: “nell’anno 2016 il numero di funzioni fondamentali è fissato in almeno tre” è sostituito dalle seguenti: “nell’anno 2016 il numero di funzioni di cui all’articolo 90, comma 1, lettera b), è fissato in almeno tre”.

2. Dopo il comma 7 sexies dell’articolo 111 della l.r. 68/2011 è aggiunto il seguente:

“7 septies. I procedimenti di cui all’articolo 91, comma 5, avviati nell’anno 2016, cessano se, alla data della verifica, lo statuto dell’unione di comuni prevedeva l’esercizio anche di funzioni tra quelle indicate dal medesimo articolo 90, comma 1, lettera b), numeri 1), 2), 3) e 4), e il numero di funzioni esercitate era di almeno due. Le altre risultanze del procedimento avviato sono comunque assunte dalla struttura regionale competente al fine dell’accertamento dei presupposti per l’accesso ai contributi successivi.”.

Capo II

Modifiche alla legge regionale 3 marzo 2015, n. 22 (Riordino delle funzioni provinciali e attuazione della legge 7 aprile 2014, n. 56 “Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni”. Modifiche alle leggi regionali 32/2002, 67/2003, 41/2005, 68/2011, 65/2014)

Art. 18

Disciplina degli accordi Modifiche all’articolo 6 della l.r. 22/2015

1. Al comma 2 dell’articolo 6 della legge regionale 3 marzo 2015, n. 22 (Riordino delle funzioni provinciali e attuazione della legge 7 aprile 2014, n. 56 “Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni”. Modifiche alle leggi regionali 32/2002, 67/2003, 41/2005, 68/2011, 65/2014), le parole: “degli articoli 7 e 10, del personale, dei beni e dei rapporti” sono sostituite dalle seguenti: “dell’articolo 7, del personale”.

2. Dopo il comma 2 dell'articolo 6 della l.r. 22/2015 è inserito il seguente:

“2 bis. La deliberazione della Giunta regionale con la quale sono formalizzati gli accordi di cui all'articolo 10, commi 13, 16 e 16 bis, è adottata a seguito di: intesa tecnica tra il direttore generale della Giunta regionale e il segretario o direttore generale dell'ente locale; espressione dell'assenso politico della Giunta regionale e dell'ente locale interessato sull'intesa tecnica, manifestato con scambio di note o in sede di Osservatorio regionale di cui alla deliberazione della Giunta regionale 29 settembre 2014, n. 807; atto formale di recepimento adottato dal presidente della provincia o dal sindaco della città metropolitana. Gli accordi medesimi possono essere integrati in ogni tempo con deliberazione della Giunta regionale, che formalizza l'accordo intervenuto a livello tecnico tra il direttore generale della Giunta regionale e il segretario o il direttore generale dell'ente locale e previa conforme comunicazione dell'assenso del presidente della provincia o del sindaco della città metropolitana; in tal caso, la deliberazione della Giunta regionale che formalizza l'accordo integrativo, limitatamente alla successione nella proprietà dei beni mobili e ai rapporti che non comportano maggiori spese rispetto a quelle previste nel bilancio regionale, dispone sulla data a decorrere dalla quale l'accordo è efficace; se l'accordo integrativo comporta ulteriori spese rispetto a quelle previste nel bilancio regionale, la Giunta regionale approva la proposta di legge di recepimento a norma dell'articolo 10, comma 16.”

Art. 19

Gestione del salario accessorio Modifiche all'articolo 9 della l.r. 22/2015

1. Alla fine del comma 7 dell'articolo 9 della l.r. 22/2015 è aggiunto il seguente periodo: “La Regione eroga tali risorse compatibilmente con le esigenze di contenimento della spesa per la contrattazione integrativa comunicate dalle amministrazioni di provenienza del personale trasferito, conseguenti al mancato rispetto dei vincoli finanziari posti alla contrattazione integrativa e all'utilizzo dei relativi fondi emerse anche nell'ambito delle verifiche ispettive di cui all'articolo 60, comma 5, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Testo unico sul pubblico impiego).

In tali casi la Regione, anche successivamente al termine di cui al comma 5, primo periodo, procede all'erogazione parziale delle somme di cui al comma 6 attenendosi a quanto comunicato dall'amministrazione interessata in merito a tempi, importi e modalità di riassorbimento della quota ascrivibile al personale trasferito.”

Art. 20

Trasferimento dei beni e successione nei rapporti attivi e passivi Modifiche all'articolo 10 della l.r. 22/2015

1. Dopo il primo periodo del comma 4 dell'articolo 10 della l.r. 22/2015 è inserito il seguente: “Rientrano in detti opere e interventi anche quelli per i quali è stata adottata dall'ente locale la determinazione a contrarre, nonché quelli per i quali l'ente locale ha escusso la polizza fideiussoria o altra garanzia finanziaria.”

2. Al comma 8 dell'articolo 10 della l.r. 22/2015 sono apportate le seguenti modifiche:

a) le parole: “restano fermi” dell'alinea sono sostituite dalle seguenti: “è stabilito”;

b) dopo la lettera c) è aggiunta la seguente:

“c bis) il subentro della Regione anche nella gestione delle risorse eventualmente già impegnate sul proprio bilancio, e non liquidate in favore dell'ente locale, mediante reintroito delle stesse; le somme reintroitate costituiscono la copertura finanziaria per le opere trasferite alla competenza regionale. La disposizione di cui alla presente lettera e quelle delle precedenti lettere a), b),

c) si applicano anche ai casi previsti dall'articolo 11 bis, comma 3, lettera a).”

3. Dopo il comma 17 dell'articolo 10 della l.r. 22/2015 è aggiunto il seguente:

“17 bis. Le disposizioni del presente articolo si intendono nel senso che, fatte salve le deroghe stabilite dall'articolo 11 bis, finno al subentro della Regione nei rapporti in corso, secondo quanto previsto dagli accordi e dagli altri atti di cui ai commi da 13 a 16 ter, ovvero dagli accordi integrativi di cui all'articolo 6, comma 2 bis, le province e la città metropolitana restano titolari dei rapporti medesimi, quantunque riconducibili a funzioni oggetto di trasferimento.”

Art. 21

Spese di funzionamento Inserimento dell'articolo 12 bis nella l.r. 22/2015

1. Dopo l'articolo 12 della l.r. 22/2015 è inserito il seguente:

“Art. 12 bis

Spese di funzionamento della Regione a seguito del riordino

1. L'ammontare complessivo della spesa di funzionamento della Regione, fissato annualmente con la deliberazione di cui all'articolo 1, comma 1, della l.r. 65/2010, e all'articolo 16 della l.r. 86/2014, e nel rispetto della normativa in essi richiamata, è determinato, a decorrere dal 2016, tenuto conto altresì dell'incremento di unità di personale e di autovetture conseguente al trasferimento alla Regione delle funzioni di cui al presente capo.

2. Ai fini di cui al comma 1, la percentuale di riduzione delle spese di funzionamento è calcolata:

a) per la formazione del personale e per le missioni, sulla spesa sostenuta dalla Regione per tali voci nel 2009, incrementata in misura proporzionale alle unità di personale trasferite dalle province, dalla città metropolitana e dalle unioni di comuni a seguito del riordino;

b) per le autovetture, sulla spesa sostenuta dalla Regione per tale voce nel 2011 incrementata in misura proporzionale al numero di autovetture acquisite dalle province, dalla Città metropolitana e dalle unioni di comuni a seguito del riordino.”.

Art. 22

Trasferimento di risorse ai comuni capoluoghi e alle unioni di comuni Modifiche all'articolo 13 della l.r. 22/2015

1. Alla lettera a) del comma 7 dell'articolo 13 della l.r. 22/2015 sono apportate le seguenti modifiche:

a) dopo le parole: “sono attribuite” sono inserite le seguenti: “, a decorrere dall'anno 2016”;

b) le parole: “i requisiti di cui al comma 1” sono sostituite dalle seguenti: “i requisiti e le condizioni di cui ai commi 1 e 3”;

2. Alla fine della lettera d) del comma 7 dell'articolo 13 della l.r. 22/2015 sono aggiunte le seguenti parole:

“le risorse regionali sono attribuite a condizione che il personale trasferito continui a svolgere in via prevalente le funzioni oggetto di riordino;”.

3. Alla fine del comma 10 dell'articolo 13 della l.r. 22/2015 è aggiunto il seguente periodo: “In conformità a quanto stabilito dall'articolo 2, comma 3, per le funzioni trasferite alla Regione, restano a ogni effetto di competenza della provincia i procedimenti sanzionatori derivanti dall'accertamento di violazioni avvenute prima della data di trasferimento della funzione.”.

Capo III

Modifiche alla legge regionale 30 ottobre 2015, n. 70

(Disposizioni in materia di riordino delle funzioni provinciali. Approvazione degli elenchi del personale delle province soggetto a trasferimento. Modifiche alle leggi regionali 22/2015, 39/2000 e 68/2011)

Art. 23

Costo del personale

Modifiche agli allegati D e D bis della l.r. 70/2015

1. La tabella “Costo del personale - anno 2014” dell'allegato D della legge regionale 30 ottobre 2015, n. 70 (Disposizioni in materia di riordino delle funzioni provinciali. Approvazione degli elenchi del personale delle province soggetto a trasferimento. Modifiche alle leggi regionali 22/2015, 39/2000 e 68/2011), è sostituita dalla tabella di cui all'allegato A della presente legge. La tabella tiene altresì conto delle funzioni di cui all'articolo 71, comma 5 bis, della legge regionale 21 marzo 2000, n. 39 (Legge forestale della Toscana), da svolgere con il personale trasferito, nonché delle rettifiche che degli enti locali di cui all'articolo 24, commi 1 e 2, limitatamente alle rettifiche intervenute entro la data di entrata in vigore della presente legge.

2. La tabella di cui all'allegato D bis della l.r. 70/2015 è sostituita dalla tabella di cui all'allegato B della presente legge. L'allegato tiene conto delle funzioni di cui all'articolo 71, comma 5 bis, della l.r. 39/2000, da svolgere con il personale trasferito.

Art. 24

Rettifiche di dati e di posizioni del personale trasferito Modifiche all'articolo 19 della l.r. 70/2015

1. Alla fine del comma 2 dell'articolo 19 della l.r. 70/2015 è aggiunto il seguente periodo: "Gli allegati D e D bis sono altresì modificati con successiva legge, al fine di renderli conformi alle rettifiche che, richieste dagli enti locali interessati, di errori materiali sui dati trasmessi relativi al costo del personale."

2. Dopo il comma 9 quater dell'articolo 19 della l.r. 70/2015 è aggiunto il seguente:

"9 quinquies. Qualora gli enti locali, successivamente alla data del trasferimento, abbiano rettificato, per errore materiale o per nuova valutazione dell'amministrazione, la posizione degli interessati, indicando la spettanza dei compensi di cui all'articolo 9, comma 5, lettere b) e c), della l.r. 22/2015, dette indennità sono riconosciute dalla Regione, agli interessati in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge:

a) a decorrere dalla data del trasferimento, nel caso in cui è dichiarato l'errore materiale per il personale trasferito alla Regione ai sensi dell'articolo 17, commi 1 e 2;

b) a decorrere dal mese successivo alla data in cui l'ente locale, a seguito di nuova valutazione, ha dato l'assenso al trasferimento anche della posizione per la quale è prevista l'indennità, per il personale trasferito alla Regione ai sensi dell'articolo 19, commi 1 e 1 bis."

3. Dopo il comma 9 quinquies dell'articolo 19 della l.r. 70/2015 è aggiunto il seguente:

"9 sexies. In relazione alle indennità del personale trasferito ai sensi dei commi 1 e 1 bis, le disposizioni del comma 1, primo periodo, si interpretano in conformità a quanto disposto dal comma 1 bis, quinto periodo, sull'assenso dell'ente di provenienza al trasferimento delle posizioni ivi previste."

4. Dopo il comma 9 sexies dell'articolo 19 della l.r. 70/2015 è aggiunto il seguente:

"9 septies. Al fine di far fronte alla situazione eccezionale del Comune di Arezzo, al quale non risulta trasferito, per le funzioni del turismo di cui all'articolo 4, comma 1, personale avente sede di lavoro nel comune medesimo, la Regione provvede ad attribuire, a decorrere dall'anno 2017, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 13, comma 7, lettera d), della l.r. 22/2015, risorse aggiuntive per un'unità di personale delle categorie del comparto regioni enti locali destinata allo svolgimento di dette funzioni. A tal fine, il comune, entro il 1° dicembre 2016, trasmette alla Regione il nominativo dell'unità di personale destinata, anche a seguito di procedura di mobilità, allo svolgimento delle funzioni e il relativo costo, riferito al 31 dicembre 2015, sulla base del modello di rilevazione utilizzato per il personale di cui all'articolo 13, comma 6, della l.r. 22/2015. Qualora detta unità di personale risulta provenire dalla provincia o dalla Regione, essa è considerata a ogni effetto come personale trasferito a seguito del riordino di cui alla l.r. 22/2015 e alla presente legge, e ad essa si applicano i principi di cui all'articolo 10 del decreto ministeriale 14 settembre 2015."

Capo IV

Modifiche alla legge regionale 5 febbraio 2016, n. 9 (Riordino delle funzioni delle province e della Città metropolitana di Firenze. Modifiche alle leggi regionali 22/2015, 70/2015, 82/2015 e 68/2011)

Art. 25

Beni mobili Modifiche all'allegato A della l.r. 9/2016

1. All'allegato A della legge regionale 5 febbraio 2016, n. 9 (Riordino delle funzioni delle province e della Città metropolitana di Firenze. Modifiche alle leggi regionali 22/2015, 70/2015, 82/2015 e 68/2011), sono apportate le modifiche di cui all'allegato C della presente legge.

2. In relazione alle modifiche di cui al comma 1, l'allegato C - Tabella 2 della presente legge indica i beni che devono essere trasferiti dalla Regione alle unioni di comuni e che, rientrando nei beni connessi a funzioni oggetto di riordino, rientrano tra quelli esenti da oneri fiscali ai sensi dell'articolo 1, comma 96, lettera b), della legge 7 aprile 2014, n. 56 (Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni).

SEGUONO ALLEGATI

FAMIGLIA

LOMBARDIA

DGR 3.10.16 - n. X/5648 Approvazione del piano delle azioni regionali e delle linee guida per l'istituzione degli sportelli per l'assistenza familiare e dei registri territoriali degli assistenti familiari in attuazione della l.r. n. 15/2015. (BUR n. 40 del 7.10.16)

Note

PREMESSA

La d.c.r. 9 luglio 2013, n. 78 «Programma regionale di sviluppo della X Legislatura» (PRS), richiama la necessità di una rinnovata attenzione alle modalità di sostegno alla famiglia, al suo ruolo sociale e ai diversi bisogni dei suoi componenti, soprattutto in presenza di particolari situazioni di non autosufficienza che impegnano le famiglie in modo considerevole dal punto di vista sia delle cure sia economico.

La l.r. 25 maggio 2015, n. 15 «Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari», in particolare l'art. 5, che tra i compiti della Regione prevede tra l'altro, l'adozione del Piano delle azioni (comma 2) e la definizione delle Linee guida per l'istituzione degli Sportelli per l'assistenza familiare e dei Registri territoriali degli assistenti familiari comma 1 lett. e).

il Piano delle azioni è finalizzato ad individuare le attività per:
offrire alle famiglie e alle persone in condizione di fragilità e/o non autosufficienza che necessitano di assistenza a domicilio, servizi qualificati di informazione e di consulenza;
valorizzare e sostenere il lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari in aiuto e a tutela delle persone fragili, non autosufficienti e delle loro famiglie, contribuendo all'emersione del mercato sommerso.

Le Linee guida hanno l'obiettivo di dare indicazioni omogenee agli Ambiti territoriali/Comuni per l'istituzione degli Sportelli per l'assistenza familiare e dei Registri territoriali degli assistenti familiari.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato il Piano delle azioni regionali, di cui all'allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, articolato nelle seguenti attività:

definizione delle linee guida per l'istituzione degli Sportelli per l'assistenza familiare e dei Registri degli assistenti familiari;

promozione dei percorsi formativi per assistenti familiari, migliorando e potenziando quelli già in atto;

promozione di iniziative di comunicazione;

azioni di supporto agli Ambiti territoriali/Comuni e agli enti interessati per l'attivazione e gestione dello Sportello/ Registro;

sviluppo del sistema informativo regionale per la messa in rete degli Sportelli territoriali e la tenuta dei Registri, previa analisi degli attuali sistemi in uso sul territorio regionale.

Vengono altresì approvate le Linee guida per l'istituzione degli Sportelli per l'assistenza familiare e dei Registri territoriali degli Assistenti familiari, di cui all'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che costituiscono una prima importante attuazione del Piano di azioni sopra citato;

Viene previsto un periodo adeguato di sperimentazione per la realizzazione delle azioni connesse all'istituzione degli Sportelli e dei Registri, e di attività di monitoraggio regionale.

PIANO REGIONALE DELLE AZIONI AI SENSI DELLA L.R. N. 15/2015, ART. 5, COMMA 2

Contesto di riferimento

In Lombardia, la popolazione attualmente si caratterizza per l'aumento dell'aspettativa di vita, il crescente invecchiamento, l'incremento dell'incidenza delle malattie croniche e degenerative, la presenza di diverse comorbidità che interagiscono dinamicamente nel processo disabilitante della persona, e diventano particolarmente rilevanti in età anziana, determinando un aumento di persone in condizione di fragilità e con problemi di dipendenza parziale o totale. Tutto ciò produce un quadro differenziato di bisogni, in alcune situazioni di particolare complessità, che sollecita il sistema complessivo dei servizi lombardi, nella sua triplice articolazione sanitaria, socio sanitaria e sociale, a compiere uno sforzo rilevante in termini di risorse umane ed economiche. Ciononostante, le famiglie si ritrovano in prima persona a dover sostenere impegni assistenziali, psicologici e finanziari molto gravosi, che possono disarticolare l'organizzazione della quotidianità familiare.

In talune situazioni, ma soprattutto in quelle di persone di età avanzata, lo stato di cronicità si accompagna alla condizione di fragilità che intreccia sia gli aspetti clinici legati alla patologia, sia le risorse fisiche (aspetti funzionali delle attività corporee e della vita quotidiana), psicologiche (risorse cognitive, emotive e comportamentali) e sociali (relazioni con gli altri, apertura all'esterno, interazione con l'ambiente, adattabilità e socialità). La fragilità dunque è una condizione particolarmente frequente con la quale interagiscono altre variabili di natura sociale (es. consistenza rete familiare e parentale più estesa, presenza di altre reti informali di vicinato e/o amicale, sostegno da parte di associazioni di volontariato, ecc) che possono generare una situazione a rischio di vulnerabilità sociale.

In Lombardia ci sono oltre 2 milioni di anziani con più di 65 anni, pari al 22% dell'intera popolazione che conta poco più di 10 milioni di abitanti, con la seguente composizione per età:

- le persone con più di 75 anni sono il 10% della popolazione lombarda e costituiscono il 45% di tutti gli over 65 anni
- le persone con più di 80 anni sono il 9% di tutta la popolazione e rappresentano il 43% di tutti gli anziani con più di 65 anni
- le persone con più di 85 anni costituiscono il 3% di tutta la popolazione e pesano per il 14% su tutti gli anziani.

Le previsioni demografiche consentono di apprezzare come si modificherà la struttura della popolazione lombarda nei prossimi 30 anni, che anche per gli effetti di ulteriori dinamiche che alimentano e depauperano la popolazione (ad es. la denatalità -prodotta dal progressivo decremento del tasso di natalità- che erode la consistenza quantitativa delle nuove generazioni), appare destinata inesorabilmente ad un progressivo "invecchiamento" così come le stime (*Fonte ISTAT – stime su dati censimento 2011*) ci evidenziano rispetto ai seguenti indicatori demografici:

- l'*indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra la popolazione in età da 65 anni in poi e quella della classe 0/14 anni)*: la proporzione di ultrasessantacinquenni per 100 giovani con meno di 15 anni al 2016 è pari al 149,1 %. L'accelerazione del processo di invecchiamento proseguirà sino a raggiungere nel 2020 il 155,6%, nel 2030 il 189,5% e nel 2050 il 228,9%;
- le persone con 85 anni e più al 2016 sono il 3,1%, nel 2020 saranno il 3,5% ed aumenteranno nel corso degli anni per raggiungere il 5,2% nel 2030;
- l'*indice di dipendenza (numero di individui non autonomi per ragioni demografiche -età>=65- ogni 100 individui potenzialmente indipendenti in età 15-64 anni)* stimato al 2016 pari al 33,4%, nel 2020 aumenta di 2 punti percentuali e nel 2050 si attesterà al 40,9%.

In questo contesto, le famiglie lombarde sono chiamate a rispondere alla sfida dell'invecchiamento demografico, adattandosi al cambiamento strutturale e ricercando nuovi equilibri al suo interno anche al fine di sviluppare reti e iniziative volte a potenziare la capacità d'azione ed interazione per il benessere dei membri più fragili, anche con il ricorso all'assistenza informale per soddisfare le necessità di assistenza della persona non autosufficiente, conciliando con fatica i tempi di lavoro con quelli di gestione dei compiti familiari complessivi, compresi quelli di protezione e cura.

Regione Lombardia ha promosso, soprattutto a partire dal 2013, rinnovate politiche di welfare che hanno dato vita ad azioni di flessibilizzazione della rete dei servizi e degli interventi territoriali, proponendo modelli progettuali innovativi per mantenere nel proprio contesto abituale di vita la

persona fragile ed offrire un concreto supporto alla famiglia nello svolgimento della sua funzione di assistenza.

I Programmi operativi regionali di utilizzo delle risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze (FNA) hanno attivato nel corso del 2014 e 2015 strumenti che vanno ad aiutare le persone anziane non autosufficienti e le persone con disabilità, compensando innanzitutto il lavoro di assistenza resa direttamente dalle famiglie e/o da assistente familiare regolarmente assunto. Questi strumenti sono stati riconfermati anche per il 2016 per proseguire nel sostegno di queste situazioni.

È noto che le famiglie prevalentemente ricorrono alla figura dell'assistente familiare privato - solitamente definito come badante - alimentando forme di lavoro sommerso e irregolare che comporta una mancanza di garanzie e tutele della qualità del rapporto di lavoro, con ricadute su entrambi i soggetti coinvolti. Non sempre, infatti, gli assistenti familiari - buona parte di origine straniera - dispongono della formazione professionale necessaria alla cura dell'assistito, finendo spesso per adempiere lavori domestici e prestazioni assistenziali effettuate senza le giuste conoscenze e le dovute precauzioni.

Nel corso del 2015, le persone assistite con le misure del FNA hanno dichiarato di essere supportate anche da assistenti familiari che, in alcuni casi, hanno una certa qualificazione. In particolare, si rileva che il 26,7% delle persone in dipendenza vitale e circa il 20% delle persone anziane non autosufficienti e persone con disabilità, oltre alla famiglia, sono assistite da queste figure.

Premesse

La l.r. n. 15/2015 “Interventi a favore del lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari” all’art. 5 prevede tra i compiti della Regione quello dell’adozione del Piano delle azioni e le Linee guida per l’istituzione degli Sportelli e dei Registri territoriali nonché la promozione di percorsi formativi sull’intero territorio regionale.

Finalità

La l.r. n. 15/2015 prevede tra i compiti della Regione quello dell’adozione di un Piano per l’attuazione della legge medesima al fine di:

- offrire alle persone in condizione di fragilità, di non autosufficienza e alle loro famiglie, che necessitano di assistenza a domicilio, servizi qualificati, informazione e consulenza;
- valorizzare e sostenere il lavoro di assistenza e cura svolto dagli assistenti familiari in aiuto e a tutela delle persone fragili, non autosufficienti e delle loro famiglie.

In un contesto in cui il rapporto tra assistente familiare e famiglie ha sostanzialmente una dimensione privatistica, le azioni sono finalizzate anche a introdurre un sistema che favorisca l’incontro regolato tra domanda e offerta, considerando che la crescente domanda sociale di cura, connessa all’invecchiamento della popolazione, determina un maggiore fabbisogno di manodopera assistenziale.

Azioni attuative

Alla luce di quanto normato dalla l.r. n. 15/2015, in particolare all’art. 5 “Compiti della Regione”, si identificano le seguenti azioni da realizzare:

1. linee guida per l’istituzione degli Sportelli per l’assistenza familiare e dei Registri degli assistenti familiari;
2. promozione dei percorsi formativi per assistenti familiari, migliorando e potenziando quelli già in atto;
3. promozione di iniziative di comunicazione;
4. azioni di supporto agli Ambiti territoriali/Comuni e agli enti interessati per l’attivazione e gestione dello Sportello/Registro;
5. sviluppo del sistema informativo regionale per la messa in rete degli Sportelli territoriali per l’assistenza familiare e la tenuta dei Registri degli Assistenti familiari.

Il processo di attuazione della l.r. n. 15/2015 coinvolge numerosi soggetti:

- la D.G. Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale;
- la D.G. Istruzione, Formazione e Lavoro;

- la D.G. Welfare;
- i Comuni e le loro aggregazioni (Ambiti territoriali);
- l’Associazione Nazionale dei Comuni Italiani;
- le Organizzazioni Sindacali;
- gli Organismi del Terzo settore;
- gli enti accreditati per la formazione professionale;
- i Centri provinciali per l’impiego;
- le Agenzie Territoriali per la Salute e le Aziende Socio Sanitarie Territoriali.

1. Linee guida per l’istituzione degli Sportelli per l’assistenza familiare e dei Registri degli assistenti familiari

Con provvedimento deliberativo della Giunta regionale, sono approvate le Linee guida per l’istituzione degli Sportelli per l’assistenza familiare e dei Registri degli assistenti familiari, con le quali sono fornite le indicazioni per:

- le attività degli Sportelli di assistenza familiare
- la tenuta dei Registri degli Assistenti familiari.

I soggetti coinvolti nell’attuazione sono: Ambiti territoriali/Comuni, Organismi del Terzo settore, sedi territoriali delle Organizzazioni Sindacali e loro enti di patronato, ANCI, Agenzie Territoriali per la Salute (ATS) e Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST).

2. Promozione dei percorsi formativi per assistenti familiari, migliorando e potenziando quelli già in atto ai sensi della l.r. n. 19/2007 “Norme sul sistema educativo di istruzione e formazione”

Si prosegue con l’offerta dei percorsi formativi con l’erogazione della dote unica lavoro alle persone che si sono iscritte presso il Centro per l’impiego territorialmente competente.

La qualità del percorso formativo è definito da Regione Lombardia con Decreto n. 15243 del 17/12/2008.

I soggetti coinvolti nell’attuazione sono: D.G. Istruzione, Formazione e Lavoro, Enti accreditati per la formazione professionale, D.G. Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale, D.G. Welfare, Ambiti territoriali/Comuni.

3. Promozione di iniziative di comunicazione

Regione promuove iniziative di comunicazione per diffondere l’informazione generalizzata sul territorio circa l’attuazione della l.r. n. 15/2015: Sportelli per l’assistenza familiare, Registri territoriali degli assistenti familiari, offerta dei percorsi formativi per assistenti familiari, informazioni e proposte in tema di prevenzione attiva e tutela della salute, opportunità di interventi, anche di natura economica, per mantenere la persona fragile al proprio domicilio e sostenere la famiglia nella sua azione di assistenza.

Le iniziative sono realizzate con il coinvolgimento degli Uffici territoriali regionali, degli Ambiti territoriali/Comuni, delle ATS/ASST anche per il coinvolgimento dei medici di medicina generale.

I soggetti coinvolti nell’attuazione sono: D.G. Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale, D.G. Istruzione, Formazione e Lavoro, D.G. Welfare, Uffici territoriali regionali, Ambiti territoriali/Comuni, ATS/ASST anche per il coinvolgimento dei medici di medicina generale, Organizzazioni sindacali attraverso i loro enti di patronato, Organismi del Terzo Settore.

4. Azioni di supporto agli Ambiti territoriali/Comuni e agli enti interessati per l’attivazione e gestione dello Sportello/Registro

Sono realizzate azioni di supporto agli Ambiti territoriali/Comuni e agli enti interessati per l’attivazione degli Sportelli e la tenuta dei Registri, anche con iniziativa formativa regionale da realizzare a favore degli operatori degli Sportelli di assistenza familiare.

I soggetti coinvolti nell’attuazione sono: D.G. Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale, D.G. Istruzione, Formazione e Lavoro, D.G. Welfare, Ambiti territoriali/Comuni, Organizzazioni sindacali.

5. Sviluppo del sistema informativo regionale per la messa in rete degli Sportelli territoriali per l’assistenza familiare e la tenuta dei Registri degli Assistenti familiari

Regione Lombardia sviluppa un sistema informativo per la messa in rete degli Sportelli e la gestione dei Registri degli Assistenti familiari, previa analisi degli attuali sistemi in uso sul territorio regionale, ai fini della costituzione di un Registro unico regionale degli assistenti familiari. **I soggetti coinvolti nell'attuazione sono:** D.G. Reddito di autonomia e Inclusione Sociale, Ambiti territoriali/Comuni, Organizzazioni sindacali attraverso i loro enti di patronato, Organismi del Terzo Settore.

ALLEGATO B

LINEE GUIDA PER L'ISTITUZIONE DEGLI SPORTELLI PER L'ASSISTENZA FAMILIARE E DEI REGISTRI TERRITORIALI DEGLI ASSISTENTI FAMILIARI ai sensi dell'art. 5, comma e) della l.r. n. 15/2015

1. SPORTELLI

1.1 FINALITÀ

Gli Sportelli di assistenza familiare si propongono le seguenti finalità:

- offrire alle persone in condizione di fragilità, non autosufficienza e alle loro famiglie, che necessitano di servizi di assistenza al domicilio, e alle lavoratrici/ai lavoratori, disponibili a trovare un impiego come assistenti familiari, servizi qualificati di assistenza, informazione e consulenza per l'incontro tra domanda e offerta di lavoro e garantire un supporto nella gestione dei diversi aspetti inerenti l'attivazione e lo svolgimento di un rapporto di lavoro, con la massima trasparenza circa i contenuti e le condizioni di erogazione dei servizi offerti;
- favorire lo sviluppo di forme contrattuali e condizioni lavorative regolari a tutela sia delle famiglie, sia delle/dei lavoratrici/ lavoratori interessate/i, oltreché la promozione della crescita professionale degli/delle assistenti familiari attraverso la valorizzazione e il riconoscimento della loro esperienza professionale e delle competenze e conoscenze possedute.

1.2 ISTITUZIONE

Gli Sportelli per l'assistenza familiare sono istituiti in via prioritaria presso **i Comuni Capofila degli Ambiti territoriali.**

Per l'istituzione degli Sportelli, i Comuni possono avvalersi di specifiche **convenzioni con gli organismi del Terzo Settore, le Organizzazioni Sindacali e i loro enti di patronato.**

Per gli organismi del Terzo Settore, unitamente alla disponibilità a sottoscrivere apposita convenzione, è richiesto il possesso dei seguenti requisiti:

- comprovata esperienza nell'erogazione di servizi o nello svolgimento di attività associative a favore di persone/famiglie bisognose di servizi assistenziali e/o di persone disponibili a svolgere attività lavorativa di assistenza familiare;
- iscrizione ai rispettivi registri provinciali/regionali;
- assenza in capo al Legale rappresentante di condanne penali o procedimenti penali in corso;
- garanzia da parte degli enti della solvibilità autocertificando l'inesistenza di situazioni di insolvenza attestabili dalla Centrale Rischi di Banca d'Italia (Circolare n. 139 dell'11.2.1991, aggiornato al 29 aprile 2011 - 14° aggiornamento).

1.3 ATTIVITÀ

Gli Sportelli svolgono le seguenti attività :

- a supporto della persona in condizione di fragilità, di non autosufficienza (totale o parziale – permanente o temporanea) e della sua famiglia:
 - informazione/orientamento verso la rete dei servizi sociali e sociosanitari territoriali e/o verso l'assistenza a domicilio con assistente familiare;
 - ascolto e valutazione del bisogno di assistenza familiare;
 - assistenza per la ricerca e l'individuazione di un assistente familiare, tra quelli iscritti al registro, con competenze ed esperienze adeguate ai bisogni di assistenza;
 - informazione sui soggetti competenti per l'assistenza nel disbrigo delle pratiche per l'assunzione o regolarizzazione contrattuale dell'assistente familiare (es. informazioni in merito al contratto di lavoro domestico, rilascio preventivo spesa, preparazione pratiche di assunzione, elementi di

- prevenzione attiva attinenti la tutela della salute sia del lavoratore sia dell'assistito, gestione fiscale del rapporto lavorativo, ecc);
- aiuto nell'individuazione di un assistente familiare per sostituzione ad es. in caso di ferie, malattia, ecc;
 - a supporto delle persone disponibili a lavorare come assistenti familiari:
 - informazione per l'iscrizione al Registro territoriale degli assistenti familiari;
 - informazione in merito ai corsi regionali di formazione per assistente familiare;
 - assistenza per l'individuazione della persona/famiglia che necessita del servizio di assistenza familiare;
 - informazione sui soggetti competenti per l'assistenza nel disbrigo delle pratiche per l'assunzione o regolarizzazione contrattuale (es. informazioni in merito al contratto di lavoro domestico, rilascio preventivo spesa, preparazione pratiche di assunzione, elementi di prevenzione attiva attinenti la tutela della salute sia del lavoratore sia dell'assistito, gestione fiscale del rapporto lavorativo, ecc).

Gli Sportelli garantiscono l'**apertura al pubblico per almeno 15 ore settimanali**, organizzandosi secondo modalità flessibili sia nel tempo (es. orario di apertura prolungato, apertura il sabato, ecc) che nello spazio (es. organizzazione della presenza degli operatori nei diversi Comuni dell'Ambito territoriale).

Qualora nel territorio dell'Ambito territoriale/Comune siano presenti più Sportelli per l'assistenza familiare, l'Ambito territoriale/Comune assicura la loro messa in rete.

Gli Sportelli di assistenza familiare raccolgono le iscrizioni degli assistenti familiari e le relative informazioni per alimentare il Registro di Ambito degli Assistenti familiari.

Regione realizza altresì azioni di supporto agli Ambiti territoriali/Comuni e ad altri enti interessati per l'attivazione degli Sportelli e la tenuta dei Registri.

2. REGISTRI

2.1 FINALITÀ

Il Registro territoriale degli Assistenti familiari è uno strumento istituito dalla l.r. n. 15/2015 con la duplice finalità: da un lato, qualificare e supportare il lavoro di assistenza e cura dell'assistente familiare in favore delle persone fragili che necessitano di assistenza a domicilio e/o non autosufficienti, dall'altro, favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro nell'ambito dell'assistenza familiare evidenziando l'offerta territoriale qualificata di lavoratrici/lavoratori.

Il Registro degli Assistenti familiari raccoglie i nominativi delle lavoratrici/dei lavoratori che, in possesso degli adeguati requisiti -di cui all'art 7 della l.r. n. 15/2015 - intendono proporsi alle famiglie come assistenti familiari per l'attività di cura e assistenza.

È istituito, a livello di Ambito territoriale, il **Registro territoriale degli Assistenti familiari**, che viene implementato dalla rete degli Sportelli presenti nel territorio con la trasmissione delle iscrizioni e delle relative informazioni di cui al successivo punto 2.4.

2.2 ISCRIZIONE AL REGISTRO

Possono presentare domanda agli Sportelli per l'assistenza familiare tutte le persone, italiane e straniere, che sono in possesso dei seguenti requisiti:

- compimento del 18° anno d'età;
- certificato di iscrizione anagrafica al Comune di residenza;
- titolo di soggiorno valido ai fini dell'assunzione per lavoro subordinato per i cittadini extracomunitari;
- per i cittadini stranieri: diploma di scuola secondaria di primo grado conseguito in Italia per attestare la conoscenza della lingua italiana di livello A2 *oppure* certificazione della conoscenza della lingua italiana almeno di livello A2, conseguita alternativamente secondo una delle seguenti modalità:
 - da uno degli enti certificatori riconosciuti dal Ministero degli Affari Esteri e dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca: Università degli Studi Roma Tre, Università per Stranieri di Perugia, Università per Stranieri di Siena e Società Dante Alighieri;
 - dai Centri provinciali per l'istruzione degli adulti (CPIA) o precedentemente dai Centri Territoriali Permanenti (CTP);
- autocertificazione circa l'assenza di condanne penali o procedimenti penali in corso;

• essere in possesso alternativamente dei seguenti requisiti:

- a) titoli di studio o di formazione in campo assistenziale o sociosanitario (con relativa traduzione asseverata da una Autorità italiana) conseguiti negli Stati membri dell'Unione europea. Sono equiparati i titoli degli Stati dello Spazio Economico Europeo e della Confederazione Svizzera;
- b) attestati afferenti percorsi di formazione in ambito assistenziale o sociosanitario riconosciuti, realizzati da enti accreditati in altre Regioni o Province Autonome con un monte ore minimo pari a 160 ore;
- c) attestato di competenza con valenza di qualifica Ausiliario Socio Assistenziale (ASA) e Operatore Socio Sanitario (OSS), rilasciato a seguito di corsi riconosciuti dalla Regione;
- d) attestato di competenza di Assistente familiare rilasciato a seguito del percorso formativo, nell'ambito del sistema di formazione professionale regionale, di cui alla l.r. 6 agosto 2007, n. 19;
- e) avere svolto un'attività lavorativa in Italia nel campo dell'assistenza familiare di almeno 12 mesi effettuati nell'arco temporale di 2 anni, certificata da regolare contratto di lavoro e dalla copia dei versamenti dei contributi di legge. Tale documentazione è integrata da una lettera del datore di lavoro in cui viene attestata la conoscenza di economia domestica, con la declinazione delle mansioni svolte (es. attività connesse alle esigenze del vitto e della pulizia della casa, assistenza alla persona nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, ecc).

Le persone non occupate, per essere iscritte al Registro, devono dichiarare di essere immediatamente disponibili per l'attività lavorativa.

Le persone che intendono svolgere il lavoro di assistente familiare, in possesso dei requisiti sopra indicati, **possono iscriversi contemporaneamente a più Registri territoriali indicando, in sede di prima iscrizione, in quali altri Registri di altri Ambiti desiderano essere inserite.**

La lavoratrice/il lavoratore è tenuta/o a **attestare/dichiarare, annualmente, il possesso dei requisiti** necessari all'iscrizione al Registro per mantenere la propria iscrizione.

L'iscrizione ai Registri territoriali degli assistenti familiari non costituisce requisito vincolante per lo svolgimento delle attività di assistenza familiare.

2.3 CANCELLAZIONE DAL REGISTRO

La persona viene cancellata dal Registro degli Assistenti familiari nei seguenti casi:

- venir meno del requisito di assenza di condanne penali o procedimenti penali pendenti,
- rifiuto reiterato per almeno due volte consecutive della dichiarazione di disponibilità,
- decadenza del titolo di soggiorno valido ai fini dell'assunzione per lavoro subordinato per i cittadini extracomunitari;
- richiesta scritta della persona di cancellazione dal registro.

È inoltre prevista la cancellazione nel caso in cui il datore di lavoro segnali formalmente allo Sportello, oltre che alle autorità competenti, che l'Assistente familiare si è reso responsabile di abuso e/o maltrattamento nei confronti dell'assistito o di altro comportamento contro la legge.

La **cancellazione** dal Registro degli Assistenti familiari è formalizzata con provvedimento dell'Ente responsabile dello Sportello.

2.4 TENUTA DEL REGISTRO

Il Registro è uno strumento dinamico a disposizione degli operatori della rete degli Sportelli territoriali e delle famiglie. Per mantenere il suo costante aggiornamento, gli Sportelli implementano il Registro con le iscrizioni e le relative informazioni, nonché con qualunque variazione intervenuta (es. disponibilità, cancellazione, frequenza da parte dell'assistente familiare di corso formativo regionale, ecc).

Tutti i dati raccolti nel Registro sono trattati in osservanza della normativa sulla privacy (D.Lgs. 196/2003).

L'Ambito territoriale individua le modalità più idonee per la tenuta del Registro territoriale degli assistenti familiari e per l'acquisizione di tutte le informazioni dalla rete degli Sportelli per l'assistenza familiare presenti nel territorio di competenza.

Per ogni assistente familiare iscritto al Registro devono essere riportate **almeno le seguenti informazioni:**

- Cognome, nome, luogo e data di nascita, codice fiscale;
 - Luogo di residenza;
 - Data di iscrizione al Registro degli Assistenti familiari;
 - Dettaglio dei requisiti che hanno consentito l'iscrizione al Registro (declinati al punto 2.2);
 - Per le persone che hanno partecipato al corso di formazione regionale, precisare se hanno frequentato i corsi di II livello;
 - Disponibilità oraria;
 - Indicazione del Comune/Comuni in cui si dà la disponibilità ad operare;
 - Indicazione della disponibilità immediata al lavoro (*disponibile/non disponibile*);
 - Indicazione delle esperienze precedenti di assistenza alla persona.
- È onere dell'assistente familiare iscritto comunicare tempestivamente lo stato di *non disponibilità* quando ricorrano le seguenti casistiche:
- già occupato
 - malattia (es. ricovero ospedaliero, cure riabilitative, ecc)
 - maternità/paternità
 - problematiche familiari.

È cura dell'assistente familiare comunicare allo Sportello il venir meno delle condizioni sopra elencate, al fine dell'aggiornamento del Registro.

2.5 ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE E PUBBLICIZZAZIONE

Gli Ambiti territoriali e i Comuni, anche attraverso i loro siti istituzionali, provvedono a dare la più ampia informazione ai cittadini in merito all'istituzione degli Sportelli per l'Assistenza familiare (es. ubicazione, orari di funzionamento, recapiti telefonici, posta elettronica e fax).

I Registri territoriali degli Assistenti familiari sono pubblici e sono direttamente accessibili grazie alla loro pubblicazione sui siti internet istituzionali degli Ambiti territoriali, dei Comuni, delle Agenzie di Tutela della Salute e Aziende Socio Sanitarie Territoriali.

2.6 ULTERIORI ADEMPIMENTI DEGLI AMBITI TERRITORIALI/COMUNI

Gli Ambiti territoriali/Comuni dovranno trasmettere alla Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale di Regione Lombardia:

- i provvedimenti di attuazione delle Linee guida regionali, con particolare riferimento alle sedi degli Sportelli, alle modalità di funzionamento e organizzazione a rete degli stessi, nonché alla tenuta dei Registri;
- relazione sulla eventuale realizzazione di differenti modelli gestionali dei servizi di "assistenza familiare" (ad esempio assistenti familiari di condominio, ecc.);

Gli Ambiti territoriali/Comuni provvedono alla **verifica almeno annuale del mantenimento dei requisiti di iscrizione degli assistenti familiari ai Registri** ed alla **somministrazione della customer satisfaction alle persone/famiglie** che si sono avvalse degli assistenti familiari.

2.7 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO DELLA REGIONE

La Regione monitora annualmente la corretta attuazione delle presenti Linee guida.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

EMILIA-ROMAGNA

DGR 12.9.16, n. 1443 - Composizione e funzionamento della "Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali" e dei suoi strumenti di supporto. (BUR n. 295 del 5.10.16)

Note

INTRODUZIONE NORMATIVA

Legge regionale 12 marzo 2003, n. 2, recante "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che istituisce e disciplina un sistema integrato di interventi e servizi sociali, secondo il principio della concertazione e cooperazione tra i diversi soggetti istituzionali.;

Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29, recante "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale", che prevede tra i principi fondanti del sistema sanitario regionale la partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria regionale e locale e la verifica dei risultati di salute ottenuti dalle Aziende sanitarie.

Piano sociale e sanitario 2008-2010 approvato con delibera dell'Assemblea legislativa n.175/2008 che, richiamando tra i principi ai quali occorre ispirare l'assetto istituzionale integrato la centralità degli Enti locali e della Regione nella programmazione, regolazione e realizzazione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari a rete, definisce la Cabina di regia come luogo di confronto, coordinamento e collaborazione, per promuovere - con attività di impulso, proposta e valutazione - la più ampia integrazione delle strategie e delle politiche sanitarie, sociali e sociosanitarie.

Legge regionale 09 ottobre 2009, n. 13 "Istituzione del consiglio delle autonomie locali" e sue modifiche e integrazioni;

Legge regionale 30 luglio 2015, n. 13, recante "Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su Città Metropolitana di Bologna, Province, Comuni e loro Unioni".

Deliberazioni n. 2187 del 19 dicembre 2005 e n. 1085 del 27 luglio 2011.

LA CABINA DI REGIA

L'articolo 59 della sopra citata legge regionale 30 luglio 2015, n. 13 che, al fine di garantire lo svolgimento delle funzioni di concertazione istituzionale in materia sanitaria e sociale, istituisce "la Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali" quale sede di confronto, coordinamento ed integrazione tra la Regione e il sistema delle autonomie locali, attribuendo alla stessa funzioni di impulso, di valutazione e di supporto all'attività istruttoria preliminare e propedeutica alla formazione delle decisioni della Giunta regionale.

La composizione della Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali deve rispecchiare le forme di rappresentanza unitaria degli enti locali, tenuto conto del riordino complessivo degli assetti e delle funzioni amministrative in materia e che, pertanto, debba essere composta dagli assessori regionali competenti nelle materie delle politiche per la salute e delle politiche sociali, da rappresentanti delle Conferenze sociali e sanitarie e da rappresentanti delle associazioni degli enti locali, come meglio individuati nell'Allegato 1.

La stessa Cabina di regia deve essere dotata di un Comitato tecnico quale strumento di supporto con compiti istruttori e di approfondimento, coordinato dal Direttore Generale cura della persona, salute e welfare della Regione e composto da dirigenti regionali, esperti designati da ciascuna Conferenza sociale e sanitaria ed esperti delle Aziende USL, come meglio individuati nell'Allegato 1;

ALLEGATO 1

COMPOSIZIONE E FUNZIONAMENTO DELLA "CABINA DI REGIA REGIONALE PER LE POLITICHE SANITARIE E SOCIALI" E DEI SUOI STRUMENTI DI SUPPORTO.

1. Ruolo e compiti della "Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali".

La Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali (d'ora in avanti Cabina di regia) opera quale sede di confronto, coordinamento ed integrazione tra la Regione e il sistema delle Autonomie locali in materia di politiche sanitarie e sociali ed esercita – nel rispetto delle competenze detenute dalle sedi istituzionali di concertazione e di consultazione tra la Regione e gli Enti locali – attività di impulso, di proposta, di valutazione e di supporto all'attività istruttoria preliminare e propedeutica alla formazione delle decisioni della Giunta regionale e/o degli Assessori competenti in materia. In particolare, la Cabina di regia è sede di confronto per gli atti di programmazione generale e per ogni altro atto di indirizzo.

La Cabina di Regia può vedere la partecipazione allargata ad altri assessori regionali (alle politiche per il lavoro, alla formazione e all'istruzione, allo sviluppo economico, alle pari opportunità, ecc.) qualora sia necessario collaborare alla definizione di scelte e decisioni che hanno impatto diretto sulla coesione sociale e la salute e/o per sviluppare azioni congiunte tra politiche sociali o sanitarie e altre politiche.

La Cabina di regia può altresì predisporre protocolli, ai quali potranno aderire i soggetti interessati, aventi ad oggetto la regolamentazione comune dell'organizzazione di servizi ed interventi nel settore sanitario, sociale e socio-sanitario. La Cabina di Regia può inoltre esprimere pareri sulla coerenza degli interventi e dei servizi locali con tali protocolli.

La Cabina di regia può istituire Commissioni tematiche per approfondire specifiche aree di interesse o affrontare problemi particolari (ad esempio politiche migratorie, coordinamento contrasto alla povertà, politiche abitative). La Cabina di regia è luogo di sintesi della attività delle diverse Commissioni tematiche.

La Cabina di regia si avvale di una segreteria garantita dagli uffici della Direzione generale cura della persona, salute e welfare.

2. Composizione della Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali.

La composizione della Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali rispecchia le forme di rappresentanza unitaria degli enti locali, alla luce della legislazione vigente e degli assetti di rappresentanza politico-istituzionale degli enti locali individuati dalla legge regionale n.13/2015.

Pertanto, la Cabina di Regia è composta da:

- a) l'Assessore regionale competente in materia di politiche per la salute;
- b) l'Assessore regionale competente in materia di politiche di welfare e politiche abitative;
- c) i Presidenti delle Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie (CTSS) o altri amministratori di enti locali da loro delegati;
- d) i Vicepresidenti delle CTSS aventi popolazione superiore a 1.000.000 abitanti, o loro delegati;
- e) i Sindaci dei comuni capofila o i Sindaci/Presidenti delle unioni di comuni, o loro delegati, che svolgono la funzione di ente capofila nei distretti socio sanitari che non siano già rappresentati dagli amministratori ricompresi nella precedente lettera c);
- f) un rappresentante di ANCI Emilia-Romagna o suo delegato;
- g) un rappresentante del Consiglio delle autonomie locali Emilia-Romagna (CAL) o suo delegato.

Le deleghe previste nelle lettere c), d) ed e) possono essere conferite soltanto a favore di altri amministratori di enti locali.

La Cabina di regia è presieduta dagli Assessori regionali

3. Ufficio di Presidenza.

E' istituito l'Ufficio di presidenza della Cabina di regia. Ne fanno parte:

- a) Assessore regionale competente in materia di politiche per la salute;
- b) l'Assessore regionale competente in materia di politiche di welfare e politiche abitative;
- c) i Presidenti delle CTSS, o loro delegati,
- d) i Vicepresidenti delle CTSS aventi popolazione superiore a 1.000.000 abitanti, o loro delegati;
- e) un rappresentante di ANCI Emilia-Romagna;
- f) un rappresentante del CAL Emilia-Romagna.

L'Ufficio di presidenza:

- a) in materia di programmazione sanitaria e/o di prevalente impatto sanitario, svolge funzioni di indirizzo nel rispetto dell'autonomia delle CTSS;
- b) assicura la funzione di coordinamento e la più ampia ed efficace diffusione, a livello territoriale e regionale, dell'informazione sugli indirizzi definiti e condivisi all'interno della Cabina di regia e dell'Ufficio di presidenza;
- c) svolge compiti di indirizzo sulla attività ordinaria ed esprime indirizzi e/o pareri in via d'urgenza, informandone la Cabina di regia nella prima riunione utile;
- d) cura l'organizzazione dei lavori della Cabina di regia, definendone calendario e ordine del giorno;

4. Comitato tecnico.

I compiti di approfondimento ed istruttoria tecnica sugli oggetti dell'attività della Cabina di Regia sono svolti da un Comitato tecnico, composto come segue:

- a) Direttore Generale cura della persona, salute e welfare della Regione;
- b) Direttore dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, o suo delegato;

- c) cinque dirigenti della Direzione generale cura della persona, salute e welfare della Regione individuati con apposito atto del Direttore Generale;
- d) dieci esperti in materia di politiche sanitarie e sociali, provenienti dai Comuni e dagli Uffici di Piano, designati da ANCI Emilia-Romagna assicurando la rappresentanza di tutte le CTSS;
- e) sette esperti delle Aziende USL, designati dalla Cabina di regia garantendo un equilibrio tra la componente tecnico-professionale e quella di direzione strategica.

Il Comitato tecnico svolge una funzione consultiva, di proposta e di supporto alla Cabina di regia, predisponendo per la medesima documenti e relazioni sui temi specifici trattati. Previo parere dell'Ufficio di presidenza, può attivare la costituzione di gruppi di lavoro anche finalizzati a supportare le commissioni tematiche.

Il coordinamento dei lavori del Comitato tecnico è attribuito al Direttore Generale cura della persona, salute e welfare o suo delegato.

5. Convocazione

1. La Cabina di regia e l'Ufficio di presidenza sono convocati congiuntamente dall'Assessore alle Politiche per la salute e dall'Assessore alle Politiche di welfare e politiche abitative. Possono essere altresì convocati su iniziativa di almeno tre Presidenti delle CTSS.

2. La Cabina di regia si riunisce, in via ordinaria, almeno 2 volte all'anno. L'Ufficio di presidenza si riunisce in via ordinaria almeno 6 volte all'anno.

3. L'avviso di convocazione indica gli argomenti posti all'ordine del giorno della seduta, nonché la data, l'ora e il luogo della stessa. Con l'avviso di convocazione sono recapitati gli eventuali documenti istruttori sui quali la Cabina di regia assembleare o l'Ufficio di presidenza sono chiamati a discutere.

4. L'avviso di convocazione viene comunicato ai componenti della Cabina di regia e/o dell'Ufficio di presidenza almeno otto giorni prima del giorno fissato per le sedute. Le eventuali variazioni all'ordine del giorno delle sedute devono essere comunicate ai componenti almeno 24 ore prima delle sedute.

5. Qualora nell'ordine del giorno siano presenti oggetti che richiedono il parere del CAL ai sensi dell'art. 6 della l.r. n. 13/2009, la richiesta di parere deve essere inviata entro i tempi previsti dal regolamento del CAL, con la relativa documentazione, alla segreteria del Consiglio delle autonomie locali per concordare e organizzare contestualmente la data della riunione della Cabina di regia.

6. Svolgimento delle sedute

Le sedute della Cabina di regia non sono pubbliche.

La partecipazione alle sedute è limitata ai componenti come individuati nel paragrafo 2 che potranno farsi assistere da tecnici competenti in materia. Gli Amministratori assenti non potranno in ogni caso essere sostituiti.

Alle sedute possono partecipare anche soggetti esterni invitati, di volta in volta, dalla Cabina di regia.

Delle decisioni assunte durante le sedute si redige un verbale sintetico che sarà inviato ai componenti della Cabina di regia e agli altri soggetti individuati dalla Cabina stessa.

La Cabina di regia può dotarsi di un proprio regolamento interno per disciplinare le modalità operative di funzionamento.

7. Individuazione nominativa dei componenti della Cabina di regia e delle sue articolazioni.

Il Direttore Generale cura della persona, salute e welfare, con propria determinazione, in attuazione dei criteri stabiliti nel presente atto, formula, sulla base delle designazioni pervenute, l'elenco dei nominativi dei componenti della Cabina di regia assembleare, dell'Ufficio di presidenza e del Comitato tecnico.

LOMBARDIA

DGR 3.10.16 - n. X/5647 - Approvazione delle «Linee guida per la gestione della documentazione socio-sanitaria degli enti del Servizio Sociosanitario Lombardo (SSL), a seguito delle modifiche introdotte dalla l.r. n. 23/2015» (BUR n. 40 del 5.10.16)

Note

Con la l.r.n.23 del 2015 «*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*» e successive modificazioni, è stato profondamente ridisegnato il Servizio Socio Sanitario Lombardo, prevedendo l'istituzione, con decorrenza dal 1 gennaio 2016, di nuovi soggetti giuridici denominati Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST).

A seguito di suddetta evoluzione, è sorta la necessità di definire: comportamenti uniformi in ordine alla gestione del servizio documentale e del patrimonio archivistico esistente;

criteri e modalità di organizzazione del sistema e della ripartizione, tra vecchie e nuove Agenzie/Aziende, delle giacenze documentarie.

Viene approvato il documento «*Linee guida per la gestione della documentazione socio-sanitaria degli Enti del Servizio Sociosanitario Lombardo (SSL), a seguito delle modifiche introdotte dalla l.r. n. 23/2015*», Allegato 1, parte integrante del presente atto e in particolare, per quanto attiene ai punti 3 e 4 di detto documento, di prevedere che dal 1 gennaio 2018 le ASST e le ATS si doteranno di un unico protocollo informatico e di un'unica Area Omogenea;

2.di disporre la pubblicazione del presente atto sul sito web della direzione generale welfare e sul BURL per la sua diffusione.

Il segretario: Fabrizio De Vecchi

ALLEGATO 1

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SOCIO-SANITARIA DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE

1 PREMESSA

Con Legge Regionale n.23 dell' 11 agosto 2015 avente ad oggetto "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", come modificata dalla Legge Regionale n.41 del 22 dicembre 2015, è stato profondamente ridisegnato il servizio sociosanitario lombardo prevedendo l'istituzione e la conseguente costituzione, con apposite DD.G.R.attuative, con decorrenza 01.01.2016, di nuovi soggetti giuridici denominati **Agenzie di Tutela della Salute (ATS)** e **Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)**.

A seguito della costituzione dei nuovi soggetti giuridici regionali, di cui alle disposizioni richiamate, al fine di assicurare la continuità tra vecchi e nuovi enti nello svolgimento delle funzioni e nell'erogazione delle prestazioni, la Regione ha fissato il principio generale del subentro dei nuovi enti in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi già facenti capo alle ASL e alle AO.Detto subentro, giuridicamente qualificabile come successione (a titolo universale o a titolo particolare), si è realizzato mediante processi di fusione per incorporazione attuati secondo modelli organizzativi e funzionali differenti, attraverso scissioni parziali e conferimenti/acquisizioni di rami e funzioni aziendali afferenti alle preesistenti realtà.

A seguito di tale evoluzione si ritiene opportuno elaborare regole comuni in ordine alla gestione del servizio documentale e del patrimonio archivistico esistente, al fine di definire criteri e modalità di organizzazione del sistema e della ripartizione, tra vecchie e nuove Agenzie/Aziende, delle giacenze documentarie.

In conformità alle DGR di costituzione delle ATS e ASST e dei decreti attuativi, con il trasferimento di funzioni ai nuovi Enti vengono contestualmente trasferiti i relativi beni mobili compresi gli archivi sulla base di quanto definito nei paragrafi n.5, 6 e 7.

L'Ente che acquisisce i documenti è tenuto a conservarli a norma di legge ed a rendere disponibili gli stessi all'Ente cedente, accessibili e consultabili in base alla normativa italiana.

2 GESTIONE ARCHIVI ATS-ASST

Le fattispecie giuridiche coinvolte sono, come da sub allegato 1 DGR X/4702 del 29.12.2015:

2.1 CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DI TERZI: riguarda solo le ASST.

2.2 SCISSIONE PARZIALE CON CONFERIMENTO DERIVANTE DA SCISSIONE DA TERZI: riguarda solo ASST.

2.3 SCISSIONE PARZIALE (operazione riferibile alle Aziende che operano in sostanziale continuità amministrativa costituite mediante fusione per incorporazione): solo alcune ATS.

2.4 FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON SCORPORO DI BENI VERSO AZIENDE ESISTENTI AL 1 GENNAIO 2016 E CONTESTUALE RICEVIMENTO DI BENI DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE (operazione riferibile alle Aziende costituite mediante fusione per incorporazione e conferimento da scissione): ATS e ASST.

2.5 FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON CONTESTUALE RICEVIMENTO DA TERZI A SEGUITO DI SCISSIONE: solo ASST.

2.6 FUSIONE PER INCORPORAZIONE CON SCORPORO DI BENI VERSO AZIENDE ESISTENTI AL 1 GENNAIO 2016 (operazione riferibile alle Aziende costituite mediante fusione per incorporazione e conferimento da scissione): solo ATS.

2.7 COSTITUZIONE AZIENDA BENEFICIARIA DA SCORPORO AZIENDA SCISSA: solo ASST.

3 AREE ORGANIZZATIVE OMOGENEE E SERVIZIO DI GESTIONE DOCUMENTALE

3.1 Nella fattispecie della Scissione parziale di cui ai n.2.1, 2.2 e 2.3 saranno mantenuti le aree organizzative e i relativi servizi di gestione documentale vigenti al 1 gennaio 2016 e già istituiti sulla base della normativa vigente.

3.2 Nella fattispecie della Fusione per incorporazione di cui al n.2.4, 2.5 e 2.6 potranno essere mantenuti le aree organizzative e i relativi servizi di gestione documentale vigenti al 1 gennaio 2016, e già istituiti sulla base della normativa vigente, fino al **31/12/2016**. A partire dal **01/01/17** si dovrà procedere alla organizzazione di una sola area organizzativa omogenea e di un unico servizio di gestione documentale. Nel caso in cui si vorranno mantenere più aree organizzative omogenee si dovrà procedere all'organizzazione di più servizi di gestione documentale quante sono le AAOO, e istituire il servizio di gestione documentale di coordinamento.

3.3 Nella fattispecie di cui al punto 2.7 verrà costituita una nuova AA OO.

4 PROTOCOLLO INFORMATICO

4.1 Nella fattispecie della Scissione parziale di cui al n.2.1, 2.2, e 2.3 saranno mantenuti i protocolli informatici vigenti al 1 gennaio 2016 e già funzionanti sulla base della normativa vigente; dovranno essere mandati in conservazione i dati e i documenti ad essi riferibili secondo quanto previsto dalla legge.

4.2 Nella fattispecie della Fusione per incorporazione di cui al n.2.4, 2.5 e 2.6 potranno essere mantenuti i protocolli informatici vigenti al 1 gennaio 2016, e già funzionanti sulla base della normativa vigente, fino al **31/12/2016**; dovranno essere mandati in conservazione i dati e i documenti ad essi riferibili secondo quanto previsto dalla legge. A partire dal **01/01/17** si dovrà procedere all'organizzazione di un unico protocollo informatico; dovranno essere storicizzati e mandati in conservazione i dati, i metadati e i documenti dei protocolli informatici cessati e resi disponibili per la consultazione, secondo quanto previsto dalla legge. Nel caso in cui si vorranno mantenere più protocolli informatici, quante sono le aree organizzative omogenee, si dovrà procedere all'organizzazione di più servizi di gestione documentale quante sono le AAOO e istituire il servizio di gestione documentale di coordinamento; dovranno essere mandati in conservazione i dati, i metadati e i documenti ad essi riferibili secondo quanto previsto dalla legge.

4.3 Nella fattispecie di cui al punto 2.7 verrà costituita un nuovo Protocollo Informatico.

5 DOCUMENTAZIONE ANALOGICA/CARTACEA

Con specifico riguardo alla documentazione cartacea prodotta al 31.12.2015 dalle ASL e dalle AO che conferiscono presidi e funzioni a differenti ASST si forniscono le seguenti indicazioni operative.

5.1 Ciascuna ATS e ASST dovrà preliminarmente procedere ad un **censimento** della documentazione cartacea esistente (sanitaria, sociosanitaria e amministrativa) e riferita ad **affari e procedimenti già conclusi al 31/12/2015** di cui alla nota DG Welfare_ Reddito Autonomia Nota prot.n.G1.2016.0012013 del 06/04/2016 (ad eccezione del materiale documentario già presente in archivio storico – compreso quello prodotto dalle ex USSL - che resta ovviamente di pertinenza delle ATS e delle ASST e cioè tutta la documentazione anteriore al 1975 fatta eccezione di quella al paragrafo n.5.2.3).

Nella ricognizione dei documenti dovranno essere indicati:

Ente produttore;

classificazione secondo titolario vigente (al 31.12.2015) e tempo di conservazione;

estremi cronologici (dal ...al);

metri lineari;

luogo di conservazione dei documenti;

in aggiunta, potranno essere indicati:

numero delle unità di conservazione (faldoni, scatole, ecc.);

eventuali annotazioni.

5.2 Il materiale cartaceo, così censito, dovrà essere poi suddiviso in base ai seguenti criteri:

5.2.1 documentazione cartacea di archivio relativa a **materie/funzioni ASL “conservate” dalle ATS**, materiale la cui gestione dovrà ovviamente restare di competenza delle Agenzie;

5.2.2 documentazione cartacea di archivio inerente a **materie/funzioni trasferite alle ASST**: dovrà essere conferita alle ASST quella a partire dal 01/01/1998, mentre quella antecedente il 01/01/1998 sarà conservata a cura dalle ATS;

5.2.3 documentazione a conservazione illimitata tra cui quella delle **commissioni invalidi ed altre commissioni di medicina legale, Servizio territoriale tossicodipendenza, Noa, Gap (gioco d'azzardo patologico), Vaccinazioni**: trasferimento delle intere serie documentarie dagli atti istitutivi fino a tutto il 31 Dicembre 2016 (qualora le funzioni non siano state trasferite già dal 01.01.2016), in attuazione della DG 5513 del 02.08.2016 relativa alle Linee Guida Regionali per l'adozione dei piani di *organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU*.

5.2.4 documentazione relativa a immobili che vengono assegnati a un nuovo ente: trasferimento intera documentazione;

5.2.5 fascicoli personali relativi a dipendenti assegnati a un nuovo ente: trasferimento dei fascicoli.

5.3 Nell'eventualità in cui una funzione venga esercitata da un ente per conto di un altro (sia ATS per conto di ASST sia ASST per conto di ATS) la titolarità della documentazione è in capo a chi esercita la funzione.

5.4 Una volta condotto il suddetto censimento documentale, le Agenzie/Aziende interessate **dovranno attivare ogni necessario confronto con le ASST** coinvolte al fine di:

individuare in maniera definitiva il materiale cartaceo da mantenere/trasferire;

entro il 30/06/17 regolare i reciproci rapporti inerenti la gestione degli archivi e degli spazi di allocazione/ riallocazione dei documenti con le connesse, conseguenti tempistiche e responsabilità (sicurezza, accessi, scarti, ecc.);

definire eventuali ulteriori accordi di dettaglio (es.: esistenza di documentazione residuale, per la quale non appare opportuno lo scorporo o la cui ripartizione non risulta agevole).

6 GESTIONE DELLE CARTELLE CLINICHE

Tutte le cartelle cliniche prodotte da un presidio di una ex AO che afferisce ad una nuova diversa ASST devono essere trasferite a quest'ultima.

7 ARCHIVI INFORMATICI

Tutti i documenti informatici e le banche dati devono essere trasferiti integralmente ai nuovi enti di competenza sulla base di quanto descritto nei paragrafi 5.2.2 e 5.2.3 e attuato quanto previsto all'articolo 4 e successivi paragrafi. Problematiche particolari relative alla gestione delle banche dati potranno essere gestite con accordi locali nel rispetto delle presenti linee generali.

Gli enti del SSR devono consentire, nel rispetto della legge, l'accesso alle banche dati storicizzate e mandate in conservazione. Entro il **31/12/2016** deve essere aggiornato l'elenco delle banche dati di cui al decreto legge 90/2014 convertito in legge 114/2014.

8 ARCHIVI STORICI

Tutta la documentazione anteriore al 1975 costituisce archivio storico e unitamente a quella delle ex USSL rimarrà in capo agli enti esistenti al 31/12/2015. Per la gestione degli archivi suddetti, salvo quanto previsto ai paragrafi **5.2.3** e **6**, si farà riferimento a quanto previsto dal dlgs 42/04 con modalità da concordare caso per caso con la competente Soprintendenza Archivistica e Bibliografica della Lombardia.

9 PROVVEDIMENTI FINALI

A conclusione dell'*iter* sopra indicato, ciascuna Agenzia/Azienda adotterà un **provvedimento formale di presa d'atto** delle iniziative adottate e degli elenchi completi del materiale cartaceo e informatico di cui agli articoli n 5-8. Nel medesimo provvedimento dovranno essere altresì specificati –ed adeguatamente motivati– eventuali ed ulteriori accordi di dettaglio, connessi alla gestione degli spazi di giacenza e/o ad altre specifiche questioni.

Rimangono in vigore e integrano le presenti regole tutti i manuali esistenti:

Immagini, suoni e biosegnali: manuale per i percorsi di cura di Regione Lombardia – DG Salute (2015) approvato con DGR X n.3001 del 9.1.2015.

Manuale della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria di Regione Lombardia –DG Sanità (Febbraio 2013). approvato con DGR IX n.4659 del 9.1.2013.

Manuale della Cartella Clinica di Regione Lombardia - DG Sanità Seconda Edizione approvato con Decreto del Direttore Generale della Sanità di Regione Lombardia del 26/6/2008 – n.6911 “Approvazione del “Manuale della Cartella Clinica” quale standard di riferimento per la compilazione della documentazione sanitaria di qualità” come normativa cogente per tutte le Aziende Sanitarie Lombarde.

Manuale della Cartella Clinica di Regione Lombardia – DG Sanità - 1 edizione (anno di pubblicazione 2001).– 19 –

MINORI

PIEMONTE

DGR 19.9.16, n. 16-3932 - L.R. n.30/2001. Approvazione del Piano di Attività e di Spesa comprensivo dei progetti di cooperazione dell'Agenzia Regionale per le Adozioni Internazionali - Regione Piemonte - Anno 2016. (BUR n. 41 del 14.10.16)

Note

Viene approvata la variazione in aumento dello stanziamento di € 250.000,00 sul capitolo 169039 prevista dal D.D.L. n. 1-13 del 08/09/2016 “ D.D.L. REGIONALE: Assestamento del Bilancio di Previsione finanziario 2016-2018 e disposizioni finanziarie”, il Piano di Attività e Spesa comprensivo dei progetti di cooperazione per l'anno 2016 dell'ARAI-Regione Piemonte, predisposto dal Direttore Generale in attuazione dell'art. 10, comma 2, dello Statuto per l'organizzazione e il funzionamento dell'ARAI Regione Piemonte, così come dettagliatamente indicato nei documenti allegati A “Schema Piano di Attività e di Spesa Anno 2016”, B “Scheda di

sintesi dei progetti di cooperazione” e C “Previsione di Spesa 2016 ARAI – Regione Piemonte”, che formano parte integrante del presente provvedimento;

Le spese complessive previste dal Piano di Attività e Spesa dell’ARAI – Regione Piemonte – anno 2016 sono pari a € 1.699.337,00

SCHEMA PIANO DI ATTIVITA’ E DI SPESA ANNO 2016

Allegato A - Programma generale di attività

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

DGR 19.9.16, n. 18-3934 - L.R. n. 30/2001. Approvazione valutazione delle prestazioni anno 2015 del Direttore dell’Agenzia Regionale per le Adozioni Internazionali - Regione Piemonte. (BUR n. 41 del 14.10.16)

Note

Viene approvata la valutazione del Direttore Generale dell’Agenzia Regionale per le Adozioni Internazionali - Regione Piemonte per l’esercizio 2015, condivisa in data 07.09.2016 tra il Direttore Arai e l’Assessore per la famiglia considerati gli obiettivi definiti con D.G.R. n. 66-1991 del 31 luglio 2015, secondo la scheda di valutazione delle prestazioni anno 2015 di cui all’Allegato A, parte integrante del presente provvedimento.

NON AUTOSUFFICIENTI

TOSCANA

RISOLUZIONE 13 settembre 2016, n. 70 - In merito alle prospettive gestionali della RSA/ Casa di riposo comunale di Sarteano alla luce della normativa vigente.

IL CONSIGLIO REGIONALE

Premesso che:

- il Comune di Sarteano (SI) gestisce una residenza sanitaria assistenziale (RSA), autorizzata al funzionamento per numero quarantadue posti per ospiti non autosufficienti e numero diciotto posti per autosufficienti;

- tale struttura risulta aperta nel 1976 dall’Opera nazionale pensionati d’Italia (ex ONPI) e trasferita al

Comune di Sarteano dal 1 aprile 1979 e da allora sempre gestita direttamente dal Comune;

- attualmente è in essere una convenzione tra l’Azienda USL 7 di Siena-Zona Valdichiana ed il Comune

di Sarteano per l’erogazione di prestazioni a favore di persone non autosufficienti presso la RSA di Sarteano e che, per le prestazioni di cui alla predetta convenzione, viene erogata la quota sanitaria stabilita per persone non autosufficienti;

- vengono assicurate alle persone inserite assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, assistenza di base alla persona e animazione socio-educativa, in conformità a quanto previsto dalle specifiche direttive della Regione Toscana.

Ricordato che, a partire dall’anno 2012, stanti le disposizioni che disciplinano il regime assunzionale negli enti locali, è stato disposto l’affidamento dei servizi della RSA comunale (servizio socio-assistenziale del piano 2°, infermieristico, di guardaroba e lavanderia interna, animazione socio-educativa e riabilitazione) ad un’impresa selezionata con gara ad evidenza pubblica in scadenza il 31 dicembre 2016;

Visto l’articolo 71 novies decies della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale), che contiene le disposizioni concernenti le società della salute in attività ai sensi dell’articolo 71 bis;

Ricordato che i comuni compresi nella zona sociosanitaria, denominata “Valdichiana Senese”, ovvero Cetona, Chianciano Terme, Chiusi, Montepulciano, Pienza, San Casciano dei Bagni,

Sarteano, Sinalunga, Torrita di Siena, Trequanda e l'Azienda USL 7 di Siena hanno costituito un consorzio pubblico, ai sensi degli articoli 31 e 113 bis del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali), per l'esercizio associato delle funzioni di indirizzo, programmazione, governo delle attività socioassistenziali, socio-sanitarie e sanitarie territoriali di loro competenza, nel territorio corrispondente alla zona socio-sanitaria Valdichiana Senese, denominato "Società della Salute della Valdichiana Senese";

Considerato che:

- tra le funzioni oggetto di delega alla società della salute, per ciò che riguarda il Comune di Sarteano, risulterebbe rientrare anche la gestione della RSA/Casa di riposo comunale, ma che ad oggi la Società della Salute della Valdichiana Senese non è dotata di una struttura tale da garantire l'assorbimento di una gestione articolata e altamente complessa come quella della RSA di Sarteano, compreso il personale in essa operante;

- pertanto, è stato disposto di dare prosecuzione alla forma gestione attualmente in essere, per un periodo

congruo all'effettuazione di ulteriori valutazioni sulle ipotesi gestionali da effettuarsi di concerto con la Società della Salute della Valdichiana Senese al termine dell'asestamento organizzativo della stessa derivante dal passaggio delle funzioni comunali;

Tenuto conto:

- dell'audizione del Sindaco di Sarteano in merito alle prospettive della RSA comunale di Sarteano svoltasi in Terza Commissione Consiliare (Sanità e politiche sociali) in data 6 settembre 2016, durante la quale sono stati affrontati i temi sopra riportati ed è stata sottolineata l'elevata qualità dei servizi offerti agli ospiti, così come riscontrato dalle famiglie degli ospiti nel corso degli anni;

- che, contestualmente, è emersa l'urgenza di avere indicazioni se procedere nella definizione di una nuova procedura di gara o di effettuare una proroga tecnica all'attuale affidatario in attesa di costruire percorsi alternativi di gestione, al fine di assicurare alle persone inserite nella struttura le prestazioni necessarie e di garantire i livelli assistenziali;

Rilevato, inoltre che, a seguito della legge regionale 28 dicembre 2015, n. 84 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005), non si è ancora proceduto alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto;

Ritenuto che, anche a seguito delle argomentazioni emerse in audizione e tenuto conto della riforma del sistema sanitario regionale recentemente approvata, sia opportuno valutare nella futura articolazione e gestione socio-sanitaria del territorio in oggetto, la migliore soluzione possibile per consentire il proseguimento delle attività della RSA comunale di Sarteano, al fine di salvaguardare il servizio fornito agli ospiti e, conseguentemente, tutelare i livelli occupazionali presenti necessari al mantenimento delle attività offerte;

Su proposta unanime della Terza Commissione consiliare permanente;

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

a valutare, nel presentare la proposta di legge che definirà le zone distretto entro la fine del 2016, una previsione complessiva della normativa che riguardi anche le modalità di gestione e di affidamento dei servizi socio sanitari. È auspicabile, da inizio 2017, un quadro normativo certo al quale i Comuni dovranno adeguarsi nella gestione dei servizi territoriali ed un quadro normativo unitario tra gestione diretta, gestione in Società della salute, in convenzione o tramite Azienda per i servizi alla persona.

VENETO

DGR 21.9.16, n. 1463 - Prosecuzione del progetto regionale "sollievo" a favore delle persone affette da decadimento cognitivo approvato con dgr n. 1873 del 15/10/2013. finanziamento anno 2016-2017. (BUR n. 95 del 4.10.16)

Note

PREMESSA

La L.R. 29/6/2012, n. 23 "PSSR 2012-2016" individua tra le azioni prioritarie della programmazione regionale da sviluppare nell'area anziani "la promozione di interventi di sollievo alla famiglia (attivazione di sostegno psicologico, moduli sollievo, soggiorni ad alta protezione, centri diurni, ecc.)".

Il tema dell'invecchiamento della popolazione e, in particolare, dell'anziano fragile impatta significativamente sul sistema dell'offerta assistenziale e sul rilevante ruolo che la famiglia si trova a dover svolgere.

E tale impatto assume ulteriore rilievo in considerazione del fatto che la popolazione anziana è interessata da condizioni di demenza che comportano un declino delle funzioni cognitive tale da interferire con la capacità di svolgere le attività della vita quotidiana.

Pertanto, l'obiettivo di favorire la permanenza della persona anziana a domicilio, implica un notevole carico assistenziale da parte della famiglia, in quanto tale situazione richiede una costante osservazione, ma anche l'applicazione di azioni, che permettano di rallentare il processo involutivo e di mantenere il più a lungo possibile l'autonomia della persona.

Per tali ragioni la programmazione regionale ha inteso rivolgere la propria attenzione non solo all'utente anziano, ma a tutta la sua famiglia, che necessita di essere "sollevata" dal carico assistenziale.

Su queste premesse con DGR n. 1873 del 15/10/2013 veniva approvato e finanziato l'intervento regionale "progetti sollievo" a favore delle persone affette da decadimento cognitivo avente i seguenti obiettivi specifici:

- prevenire l'inevitabile isolamento/autoisolamento a cui spesso vanno incontro i nuclei familiari;
- valorizzare il contributo offerto dalle organizzazioni del volontariato operanti in tale ambito;
- introdurre riferimenti operativi fondati su evidenze scientifiche che hanno dimostrato come una corretta stimolazione cognitiva, soprattutto in ambito familiare, tenda a ritardare l'evolversi della malattia.

Con successive DGR n. 2677 del 29/12/2014 e DGR n. 368 del 31/3/2015, stante la positività dei risultati raggiunti, veniva disposta la prosecuzione ed il finanziamento delle progettualità in corso, riservandosi di individuare ulteriori finanziamenti da distribuirsi sulla base di criteri da definirsi con atti successivi, anche con riferimento alle linee guida in materia di Centri Sollievo per le quali veniva istituito un apposito gruppo di lavoro.

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con proprio Decreto del 4/5/2015, individuava le linee di intervento prioritarie da attuare a cura delle regioni con le risorse del Fondo Nazionale per le politiche sociali relative all'anno 2015, in particolare veniva previsto il macro livello 2: "*servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio*".

In attuazione del predetto Decreto e nello specifico dell'articolo 3 del medesimo, veniva programmata, nell'ambito del macro livello 2 la prosecuzione dell'intervento regionale "progetti sollievo", dandone comunicazione al Ministero con nota prot. n. 401274 del 7/10/2015, a firma dell'Assessore ai Servizi Sociali della Regione del Veneto.

LA DISPOSIZIONE

Si prosegue nelle realizzazioni progettuali secondo gli obiettivi ed i criteri di cui alla DGR n. 1873/2013, destinando a tal fine il finanziamento di € 1.150.000,00, da ripartire alle ULSS tenendo conto della popolazione anziana ultra 65-enne, del numero dei centri sollievo attivati e del numero degli utenti assistiti dai medesimi centri, secondo quanto riportato nell'**Allegato A** (a cui si rinvia)

PERSONE CON DISABILITÀ

LAZIO

Determinazione 30 settembre 2016, n. G11071 -Approvazione dello schema di convenzione per Enti Pubblici ai sensi dell'art. 11, legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" tra la Regione Lazio e il Dipartimento III della Città Metropolitana di Roma Capitale -

"Servizi per la formazione e per il lavoro" - Servizio 1- "Politiche del lavoro e Servizi per l'impiego - Osservatorio sul mercato del Lavoro e sugli esiti occupazionali" - S.I.L.D. (Servizio Inserimento Lavorativo Disabili). (BUR n. 80 del 6.10.16)

Note

Viene approvato l'allegato schema di convenzione per Enti Pubblici ai sensi dell'art. 11, legge 12 marzo

1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" tra la Regione Lazio e il Dipartimento III della Città Metropolitana di Roma Capitale - "Servizi per la formazione e per il lavoro" - Servizio 1- "Politiche del lavoro e Servizi per l'impiego - Osservatorio sul mercato del Lavoro e sugli esiti occupazionali" - S.I.L.D. Servizio Inserimento Lavorativo Disabili.

CONVENZIONE per ENTI PUBBLICI

AI SENSI DELL'ART. 11, LEGGE 12 MARZO 1999, N. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"

il Dipartimento III della Città Metropolitana di Roma Capitale - "Servizi per la formazione e per il lavoro" - Servizio 1- "Politiche del lavoro e Servizi per l'impiego - Osservatorio sul mercato del Lavoro e sugli esiti occupazionali" - S.I.L.D. Servizio Inserimento Lavorativo Disabili - rappresentato dal Direttore del Dipartimento III e Dirigente del Servizio 1° Dott. Antonio Capitani

e

la Regione Lazio Codice Fiscale 80143490581 con sede legale in Roma, Via R.R. Garibaldi n. 7-00145 - , rappresentato dal **Direttore Regionale Dott. Alessandro Bacci** stipulano la presente convenzione ai sensi dell'art. 11 della L. 68/99.

VISTI

- la Legge 12 marzo 1999, n. 68 recante norme per il diritto al lavoro per i disabili;
- il D.P.R. del 10/10/2000 n. 333;
- la Circolare n. 4 del 17 gennaio 2000, avente per oggetto: iniziali indicazioni per l'attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68, recante norme per il diritto al lavoro dei disabili;
- l'art. 18 della Legge 24 giugno 1997, n. 196 e il Decreto Ministeriale 25 marzo 1998 n. 142 in materia di tirocini formativi e di orientamento;
- l'art. 4 co. 4 della D.G.R. n. 199/2013 in materia di tirocini formativi;
- gli artt. 35 e 39 del D.Lgs 165/2001;
- l'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento al lavoro delle persone con disabilità. Revoca DGR 14/02/2005 n. 134 e DGR 17/12/2008 n. 918. Deliberazione 6 maggio 2015, n. 201, in particolare la Sez. V "Convenzioni";
- il D.Lgs. 151/2015;

PREMESSO

A.O.O. Città metropolitana di Roma Capitale

Ufficio Anno..... Classificazione

Fascicolo.....

N. Data

- che la Legge 68/99 ha come finalità la promozione dell'inserimento lavorativo delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e collocamento mirato (art. 1);
- che per collocamento mirato dei disabili si intende quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione (art. 2);
- che gli uffici competenti possono stipulare con il datore di lavoro convenzioni aventi ad oggetto la determinazione di un programma mirante al conseguimento degli obiettivi occupazionali di cui alla presente legge (art. 11);

- che gli uffici competenti possono stipulare con i datori di lavoro convenzioni di integrazione lavorativa per l'avviamento di disabili che presentino particolari caratteristiche e difficoltà di inserimento nel ciclo lavorativo (art. 11, comma 4);
- che tra le modalità di inserimento lavorativo è contemplata la facoltà di svolgere tirocini di formazione ed orientamento (art. 11, comma 2);
- che in caso di impedimento, oggettivo e verificabile, della Regione Lazio, anche per sopravvenute variazioni organizzative, lo stesso potrà richiedere modifiche al programma di inserimento;
- che dal prospetto informativo al 31/12/2015 risulta un organico, per quanto di competenza della Città Metropolitana di Roma Capitale, di n. 3271 unità, di cui computabili n. 2763, e . 46 scoperture ai sensi dell'art. 1 della L. 68/99 s.m.i.;

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

1. La Regione Lazio si impegna a seguire il seguente programma di assunzioni, rivolto a **n. 46** inserimenti relativi alla Città Metropolitana di Roma Capitale, così articolato:

N. 16 unità da inserire entro il **31/01/2017**, attraverso avviamento numerico a selezione di personale iscritto nelle liste di collocamento gestite dalla Città Metropolitana di Roma Capitale – Servizio Inserimento Lavorativo Disabili -, con contratto a tempo pieno ed indeterminato da inquadrare con profilo professionale di esecutore – area amministrativa, categoria per la quale è previsto come requisito il titolo di studio di istruzione secondaria di primo grado (licenza media);

N. 25 unità da reclutare mediante procedure selettive ad evidenza pubblica e criteri di trasparenza da indire entro il **30/09/2017** per profili professionali per i quali è richiesto il requisito minimo di titolo di studio di scuola superiore di secondo grado diploma o laurea);

N. 5 disabili psichici, da inserire entro il **31/12/2017** attraverso tirocini finalizzati all'assunzione, mediante l'adesione al Progetto di Salute Mentale con il coinvolgimento del Comitato Tecnico di cui alla Legge 68/99 s.m.i.;

2. Lo stato di realizzazione del programma assunzionale stabilito in convenzione e delle modalità in esso convenute è monitorato dai servizi competenti con cadenza annuale. In caso di scostamento dal programma definito in sede di convenzione o di attuazione difforme o parziale senza giustificato motivo, l'Ufficio potrà diffidare l'Ente suindicato ad adempiere entro 60 gg., decorsi i quali la convenzione si intende risolta di diritto, con conseguente segnalazione delle inadempienze alla competente Direzione Territoriale del Lavoro – servizio Ispettivo.

Roma,

Città Metropolitana di Roma Capitale

Dirigente del Servizio 1° - Dipartimento III

Dott. Antonio Capitani

Regione Lazio

Direttore Regionale

Dott. Alessandro Bacci

Determinazione 4 ottobre 2016, n. G11255 Programma Operativo regionale FSE 2014-2020 - Asse II Inclusionione Sociale e lotta alla poverta' – OT 9 Priorita' di investimento 9 i: Programma di interventi finalizzati all'integrazione scolastica e formativa degli allievi con disabilita'. - Determinazioni G08943 del 04/08/2016 e G10129 del 9/09/2016 - Integrazione elenco delle Istituzioni Scolastiche destinatarie dei finanziamenti. (BUR n. 82 del 13.10.16)

Note

Ad integrazione dell'elenco di cui alla Determinazione G10129 del 9/09/2016 viene approvato l'allegato elenco (**ALL. 1**), che costituisce parte essenziale e sostanziale del presente atto, delle ulteriori Istituzioni scolastiche destinatarie dei finanziamenti per il Programma di interventi finalizzati all'integrazione scolastica e formativa degli allievi con disabilità (a cui si rinvia).

LOMBARDIA

DGR 26.9.16 - n. X/5631 - Determinazioni in Ordine all'acquisto di ausili o strumenti tecnologicamente avanzati a favore delle persone disabili o delle loro famiglie (BUR n. 39 del 29.9.16)

Note

Viene approvato l'allegato A) «Determinazioni in ordine all'acquisto di ausili o strumenti tecnologicamente avanzati a favore di persone disabili o delle loro famiglie», parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Le risorse per sostenere l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati pari a € 1.500.000,00.

Le risorse saranno ripartite tra le ATS sulla base della popolazione residente come da ultima rilevazione ISTAT con successivo provvedimento attuativo della direzione generale reddito di autonomia e inclusione sociale, tenendo anche conto delle risorse già disponibili nei bilanci delle ATS relative a economie riferite ai medesimi interventi per complessivi € 606.000,00, salvo accertamento definitivo che potrebbe comportare una lieve variazione dell'importo indicato;

ALLEGATO ALLA DGR “DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL’ACQUISTO DI AUSILI O STRUMENTI TECNOLOGICAMENTE AVANZATI A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA’ O DELLE LORO FAMIGLIE ” Con il presente provvedimento si intende promuovere l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati finalizzati ad estendere le abilità della persona e potenziare la sua qualità della vita.

1. OBIETTIVI

Nel confermare gli obiettivi identificati negli anni precedenti si ricorda che l'ausilio/strumento deve essere individuato all'interno del progetto individualizzato, laddove si prevede di:

- . contribuire all'autonomia della persona, con particolare riferimento al miglioramento dell'ambiente domestico;
- . sviluppare le potenzialità della persona in relazione alle sue possibilità di integrazione sociale e lavorativa;
- . compensare le diverse limitazioni funzionali, siano esse motorie, visive, uditive, intellettive, del linguaggio, nonché relative all'apprendimento.

La coerenza dell'acquisto dell'ausilio/strumento con gli obiettivi sopra esposti diventa quindi criterio fondamentale per la concessione del contributo.

1. BENEFICIARI

La l.r. 30 dicembre 2008, n. 38 “Disposizioni in materia sanitaria, sociosanitaria e sociale – Collegato” (BURL n. 53, 3° suppl. ord. del 31 Dicembre 2008) ha modificato il comma 4 dell'art. 4 della l.r.23/99 prevedendo che i contributi alle persone disabili siano concessi: “...*senza alcun limite di età e compatibilmente con le risorse disponibili*”.

Pertanto sono beneficiarie tutte le persone disabili che vivono da sole o in famiglia indipendentemente dall'età.

Con l'entrata in vigore della l.r. 2 febbraio 2010, n° 4 “Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento” (art. 4 comma 2) anche le famiglie con figli con disturbi specifici di apprendimento (DSA) sono beneficiarie di contributi per l'acquisto di strumenti tecnologici.

Le persone disabili che hanno usufruito precedentemente di tali benefici possono presentare una nuova domanda per la stessa area, così come definita al successivo punto 3, **solo dopo 5 anni**. Si precisa che i cinque anni decorrono dalla data di presentazione della richiesta.

Viene fatta eccezione per le richieste di adeguamento/potenziamento dell'ausilio/strumento, purché acquistati entrambi con il contributo ai sensi della l.r. 23/99, determinato:

- . da variazioni delle abilità della persona;
- . dalla necessità di sostituzione di un ausilio/strumento già in dotazione non più funzionante;

Le famiglie con figli con disturbi specifici di apprendimento che hanno usufruito precedentemente di tali benefici possono presentare una nuova domanda solo per l'adeguamento/potenziamento del software specifico utilizzato.

1. STRUMENTI AMMESSI AL FINANZIAMENTO

Sono ammissibili a finanziamento:

- . strumenti acquistati o acquisiti temporaneamente in regime di noleggio, affitto, leasing o abbonamento;
- . strumenti già in dotazione alla famiglia che devono essere adattati/trasformati;
- . qualsiasi servizio necessario a rendere lo strumento effettivamente utilizzabile (installazione/personalizzazione, formazione all'utilizzo, manutenzione e costi tecnici di funzionamento, etc.).

Alla luce degli obiettivi di cui al punto precedente sono finanziabili le richieste di contributo che prevedano l'acquisizione di strumenti che rientrino nella definizione di ausilio dello standard internazionale EN ISO 9999: "qualsiasi prodotto, strumento, attrezzatura o sistema tecnologico, di produzione specializzata o di comune commercio, destinato a prevenire, compensare, alleviare una menomazione o una disabilità".

Nello specifico le richieste attengono a 4 fondamentali aree di intervento:

area domotica: rientrano le tecnologie finalizzate a rendere maggiormente fruibile e sicuro l'ambiente di vita della persona disabile e riducendo il carico assistenziale di chi se ne prende cura;

area mobilità: rientra l'adattamento dell'autoveicolo (di proprietà o in comodato d'uso sia del familiare che del disabile) al fine di garantire il trasporto della persona nei luoghi di lavoro o di socializzazione. Per quanto riguarda esclusivamente le persone che beneficiano del contributo di cui all'articolo 27 della legge 104/92, gli stessi possono ottenere il contributo regionale, purchè la somma complessiva derivante dal cumulo dei due contributi (art 27 della legge 104/92 e art 4 legge 23/99) non superi il 70 % del costo dell'ausilio/strumento stesso; *area informatica*: prevede l'acquisto di personal computer o tablet solo se collegati ad applicativi necessari a compensare la disabilità o le difficoltà specifiche di apprendimento di cui alla l.r. n° 4/2010, fermo restando i massimali fissati al successivo punto 8;*altri ausili*: rientra l'acquisto di strumenti/ausili **non riconducibili** al Nomenclatore Tariffario, ovvero per quegli strumenti/ausili ad alto contenuto tecnologico per i quali è riconosciuto un contributo sanitario. Questa ultima tipologia può essere finanziata purchè la somma dei contributi (fondo sanitario/fondo l.r. 23/99) non sia superiore al 70% del costo dell'ausilio stesso.

Rientrano inoltre:

- . gli ausili per non udenti non ricompresi nel nomenclatore, quali vibratorii, sistemi FM o IR limitatamente ai minori in età prescolare nonché il secondo processore, non a scatola, prioritariamente per minori;
- . le protesi acustiche, limitatamente alle persone affette da sordità pari o superiore a 65 decibel medi (500-1000-2000 Hz) nell'orecchio migliore e ai minori con sordità pari a 50 decibel medi (500-1000-2000 Hz) nell'orecchio migliore.

1. STRUMENTI NON AMMESSI A FINANZIAMENTO

Sono escluse le richieste di contributo che riguardano:

- . sussidi didattici che possono essere ottenuti grazie alle vigenti disposizioni concernenti il diritto allo studio;
- . provvidenze di cui alla legge 9 gennaio 1989, n. 13 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati", e successive modifiche ed integrazioni;
- . strumenti/ausili ottenibili dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro e le malattie professionali, in quanto la persona richiedente è beneficiaria delle provvidenze di tale ente;

. strumenti/ausili ottenibili attraverso altre forme di contribuzione, in quanto la persona disabile e/o la sua famiglia, possono usufruirne in ragione della loro situazione (quali ad esempio: studente universitario, beneficiario di polizze assicurative specifiche ecc.);

. ausili che rientrano nel Nomenclatore Tariffario delle protesi (D.M. 332/99 – Ministero della Sanità ed eventuali successive modifiche e/o integrazioni).

Sono da ritenersi altresì **esclusi dal finanziamento**:

. apparecchi o impianti di climatizzazione/condizionamento;

. fotocamere, videocamere analogiche e digitali;

. telefoni mobili, palmari, impianti di navigazione satellitare;

. HI-FI, lettori DVD, televisori, ecc;

. personal computer, da tavolo o portatile, hardware e software di base, fatta eccezione per quanto previsto nel paragrafo 3;

1. **PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

Le domande devono essere presentate alla ATS territorialmente competente, in base alla residenza del richiedente/beneficiario, per **un solo strumento/ausilio a persona**.

Gli avvisi emanati dalle ATS devono assicurare un periodo di apertura di 60 giorni per la presentazione delle domande.

Le modalità e i termini di presentazione della domanda verranno definiti con successivo provvedimento della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione sociale.

La domanda, debitamente sottoscritta da chi ne ha titolo, deve essere accompagnata dal progetto individualizzato e dalle prescrizioni/certificazioni/dichiarazioni che verranno definite nel successivo provvedimento. In mancanza di completa documentazione la domanda non può essere accolta.

Il progetto individualizzato, condiviso con il beneficiario, viene redatto dal medico specialista (pubblico/privato) eventualmente, in collaborazione con gli altri operatori della ATS/ASST.

Per il bando 2016, le domande potranno essere presentate anche con riferimento ad acquisti effettuati dal 1 gennaio 2015 e che siano coerenti con i nuovi criteri.

In caso di ausili o strumenti particolarmente costosi acquistati tramite rateizzazione, qualora non fosse disponibile la fattura, è possibile presentare anche copia del contratto di finanziamento rilasciato dalla ditta fornitrice o dalla finanziaria.

1. **DISPOSIZIONI PER LA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA**

Le ATS sono tenute a formulare una graduatoria per ogni area di intervento di cui al punto 3.

All'area informatica è riservata una quota delle risorse assegnate non superiore al 10%. Per ciascuna delle altre aree dovrà invece essere destinata una quota delle rimanenti risorse proporzionale all'importo del contributo delle domande ammissibili.

Nella formulazione delle graduatorie occorre altresì tenere conto delle seguenti priorità:

1. persone che per la prima volta presentano domanda di contributo con ISEE (ordinario o socio-sanitario) uguale o inferiore a € 20.000;
2. persone che presentano la domanda su un'area diversa rispetto a quella per la quale hanno presentato domanda e ottenuto il finanziamento, persone che necessitano di adeguamento/potenziamento dello strumento/ausilio già precedentemente finanziato ex-lege 23/99 nonché persone che presentano domanda sulla stessa area dopo 5 anni dall'ottenimento del beneficio, con ISEE (ordinario o socio-sanitario) uguale o inferiore a € 20.000;
3. persone che per la prima volta presentano domanda di contributo con ISEE (ordinario o socio-sanitario) superiore a € 20.000;

4. persone che presentano domanda su un'area diversa rispetto a quella per la quale hanno presentato domanda e ottenuto il finanziamento, persone che necessitano di adeguamento/potenziamento dello strumento/ausilio già precedentemente finanziato ex-lege 23/99 nonché persone che presentano domanda sulla stessa area dopo 5 anni dall'ottenimento del beneficio con ISEE (ordinario o socio-sanitario) superiore a € 20.000.

Le ATS dovranno inoltre individuare elementi aggiuntivi per la graduazione del punteggio con riferimento a:

- . coerenza dello strumento con quanto definito nel progetto individualizzato;
- . obiettivi da raggiungere con l'acquisto di uno specifico strumento (acquisizione autonomia, possibilità di accedere ai luoghi di lavoro, di studio, di socializzazione, migliore qualità della vita, ecc.)
- . alto contenuto tecnologico degli ausili;
- . grado di disabilità, ecc.

A parità di punteggio viene finanziata la domanda della persona con ISEE più basso.

I contributi sono assegnati nella misura del 70% del costo complessivo dello strumento/ausilio, e comunque secondo le modalità indicate nel successivo punto 7), procedendo dall'inizio della graduatoria fino all'esaurimento delle risorse disponibili.

Le richieste escluse dal finanziamento per esaurimento delle risorse disponibili non costituiranno priorità per l'anno successivo, fermo restando che ovviamente potranno essere ripresentate.

Si rammenta inoltre, che le graduatorie dovranno comunque essere definite per il territorio di tutta l'ATS al fine di non creare disomogeneità né relativamente ai criteri, né relativamente alle disponibilità.

I criteri di valutazione individuati e le graduatorie finali dovranno essere approvati con provvedimento del Direttore Generale dell'ATS.

Le ATS, approvate le graduatorie, ne daranno comunicazione ai beneficiari ed erogheranno il contributo entro 60 giorni dal ricevimento di idonea documentazione contabile fiscale attestante l'acquisizione dello strumento/ausilio.

1. **RISORSE**

Le risorse per sostenere l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati sono assegnate alle ATS sulla base della popolazione residente, come da ultima rilevazione ISTAT, tenendo conto anche di eventuali economie riferite ai medesimi interventi, con successivo provvedimento attuativo della Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione sociale.

1. **LIMITI DI SPESA AMMISSIBILE**

Le domande vengono accolte e successivamente valutate solo se prevedono una spesa **pari o superiore a € 300**.

Il tetto massimo di spesa ammissibile è di **€ 16.000**.

I contributi sono concessi nella misura del **70% della spesa ammissibile** con le seguenti precisazioni:

- . personal computer da tavolo o tablet comprensivi di software specifici, contributo massimo erogabile, comprensivo di software di base e di tutte le periferiche, **€ 400**;
- . personal computer portatile comprensivo di software specifici, contributo massimo erogabile, comprensivo di software di base e di tutte le periferiche, **€ 600**;

In caso di richieste di personal computer, nel preventivo e nella documentazione d'acquisto, dovranno essere indicati separatamente i costi di acquisto dell'hardware e software;

- . protesi acustiche riconducibili: contributo massimo erogabile **€ 2.000**;
- . adattamento dell'autoveicolo, compresi i beneficiari dell'art. 27 della legge 104/92, contributo massimo erogabile **€ 5.000**.

DGR 3.10.16 - n. X/5649 - «Spaziodisabilità»: definizione di un progetto di informazione dedicato al mondo della disabilità per il triennio 2017-2019 - Approvazione avviso. (BUR n. 40 del 5.10.16)

Note

Viene promossa una manifestazione di interesse per l'individuazione e la realizzazione del progetto «Spaziodisabilità» triennio 2017-2019, secondo i requisiti e i criteri di cui all'avviso dell'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Il cofinanziamento regionale per l'attuazione del progetto «Spaziodisabilità» non può essere superiore al 80% del costo complessivo del progetto e comunque nella misura massima di € 800.000,00 a valere sul capitolo 13.01.104.8379 del bilancio regionale, suddiviso in quote annuali così ripartite:

€ 300.000,00 sul bilancio 2017;

€ 250.000,00 sul bilancio 2018;

€ 250.000,00 sul bilancio 2019.

ALLEGATO

AVVISO PER LA SELEZIONE DEL PROGETTO “SPAZIODISABILITÀ” TRIENNIO 2017-2019

INDICE

- 1. FINALITA'**
- 2. DOTAZIONE FINANZIARIA**
- 3. SOGGETTI DESTINATARI**
- 4. MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**
- 5. CONTENUTI MINIMI DEL PROGETTO “SPAZIODISABILITÀ”**
- 6. ATTIVITÀ RICHIESTE PER LO SVILUPPO DEL PROGETTO**
 - 6.1 Attività di front office*
 - 6.2 Attività di back office*
 - 6.3 Ulteriori adempimenti a carico del soggetto attuatore*
 - 6.4 Adempimenti a carico di Regione Lombardia*
- 7. COSTI AMMISSIBILI**
- 8. VALUTAZIONE E PUNTEGGI**
- 9. OBBLIGHI DEL SOGGETTO ATTUATORE**
- 10. MONITORAGGIO E CONTROLLI**
- 11. FIDEIUSSIONE**
- 12. MODALITA' DI CONCESSIONE ED EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO**
- 13. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**
- 14. PUBBLICAZIONE, INFORMAZIONI E CONTATTI**
- 15. TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

1. FINALITA'

Regione Lombardia, attraverso la Direzione Generale Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale, intende sostenere e cofinanziare con il presente avviso, un'iniziativa nell'area della disabilità, nel rispetto dell'art.19 della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità laddove precisa che «...*tutte le persone hanno diritto a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone...*», convenzione la cui ratifica - 30 marzo 2007 - è stata autorizzata con la Legge 3 marzo 2009, n.18;

2. DOTAZIONE FINANZIARIA

La dotazione finanziaria complessiva per il triennio 2017/2019 è individuata nella misura massima di €800.000,00 e si configura quale rimborso delle spese sostenute fino ad un massimo dell'80% del costo totale del progetto.

Il cofinanziamento destinato al progetto è ripartito in quote annuali pari a:

- o € 300.000,00 per l'anno 2017;
- o € 250.000,00 per l'anno 2018;
- o € 250.000,00 per l'anno 2019

3. SOGGETTI DESTINATARI

Il progetto può essere presentato da organismi, singoli o associati, senza scopo di lucro di cui all'art.1, comma 5, della legge 8 novembre 2000 n.328, iscritti nei rispettivi albi nazionali, che abbiano una sede operativa permanente sul territorio della Regione Lombardia all'atto di presentazione della domanda e che operino da almeno tre anni con carattere di continuità nel settore della promozione dei servizi informativi e di comunicazione sull'handicap, sulla disabilità e sulla invalidità.

I soggetti titolati a presentare i progetti sono:

- organismi non lucrativi di utilità sociale;
- organismi della Cooperazione;
- organizzazioni di Volontariato;
- associazioni ed enti di promozione sociale;
- associazioni, fondazioni o altre istituzioni di carattere privato riconosciute ai sensi del Dpr 10 febbraio 2000, n.361;
- enti di patronato;
- altri soggetti privati senza scopo di lucro;
- associazioni tra soggetti di cui sopra.

E' facoltà degli stessi costituire forme di partenariato al fine di partecipare al presente avviso. In tal caso il progetto dovrà essere presentato da un soggetto individuato quale ente capofila, al quale spetta l'onere di attestare il possesso dei requisiti richiesti dal presente avviso da parte di tutti gli enti associati.

4. MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

La domanda di partecipazione deve essere presentata esclusivamente via pec entro le ore 12,00 di giovedì 10 novembre 2016 al seguente indirizzo: redditodiautonomia@pec.regione.lombardia.it

Il soggetto richiedente deve:

- a. possedere un indirizzo di posta elettronica certificata PEC;
- b. presentare:
 - idonea certificazione attestante l'esperienza almeno triennale e continuativa nel settore della comunicazione e informazione sull'handicap, sulla disabilità e sulla invalidità, come specificato all'art.3;
 - una attestazione circa l'iscrizione ai rispettivi albi e registri;
 - una copia dello statuto dell'ente/enti;
 - un progetto redatto secondo i criteri stabiliti dal presente avviso;
 - un piano operativo declinato in fasi annuali;
 - un piano economico finanziario;
- c. dare atto, mediante idonea dichiarazione, dell'impegno a partecipare al finanziamento del progetto nella misura minima del 20% rilevabile dal piano economico-finanziario. Eventuali e/o ulteriori contributi pubblici non possono rientrare nella quota di cofinanziamento.

Il soggetto richiedente deve altresì indicare il conto corrente sul quale Regione Lombardia provvede ad erogare l'importo rendicontato.

La mancata osservanza delle modalità di presentazione costituisce causa di inammissibilità formale della domanda di partecipazione.

La domanda di partecipazione deve essere opportunamente sottoscritta mediante apposizione di firma digitale o elettronica da parte del soggetto richiedente nella persona del legale rappresentante corredata della documentazione allegata e della copia di un documento di riconoscimento del legale rappresentante.

Le domande pervenute con modalità difformi, rispetto alla procedura descritta nel presente articolo, non saranno considerate ammissibili.

5. CONTENUTI MINIMI DEL PROGETTO “SPAZIODISABILITA”

Il progetto alla luce dei risultati ottenuti e dei dati acquisiti attraverso le esperienze di Expofacile e dello SpazioDisabilità-InFormAzioniAccessibili, si configura come integrativo ed evolutivo rispetto allo *SpazioDisabilità-InformazioniAccessibili* e deve proporre una modalità innovativa di interazione tra le diverse Istituzioni (Comune, Province, ATS, ASST, CCIAA ...), il Terzo settore, il territorio e le persone interessate.

Il progetto deve essere articolato con le attività di front office, di back office, di implementazione del sito www.lombardiafacile.it e le modalità di comunicazione per le persone con disabilità sensoriale e, in particolare deve prevedere:

front office le modalità di:

1. gestione del personale per tutta la durata del progetto, compresa le professionalità individuate e la programmazione di orario e di presenze al fine di garantire un orario minimo di apertura dello sportello sull'intero territorio regionale e/o presso tutte le U.T.R..Per la sede di P.zza Città di Lombardia 1 deve essere garantita la coincidenza con le aperture di SpazioRegione per almeno 36 ore settimanali;
2. raccolta dei quesiti e relative risposte nonché il monitoraggio delle stesse;
3. estensione all'intero territorio regionale, dei punti di accesso alle informazioni;

back office le modalità di organizzazione e raccolta dei contatti e dei contenuti in una banca dati, le cui informazioni dovranno essere sempre aggiornate e fruibili da tutti gli operatori nonché funzionali a tutte le attività declinate nel progetto.

La banca dati, strumento di lavoro del back office:

- a) si presenta con una interfaccia agevole alla consultazione dei contenuti da parte di tutti i soggetti che possono accedervi;
- b) prevede la costituzione di una redazione diffusa sul territorio regionale per l'aggiornamento e la condivisione delle informazioni;
- c) prevede una modalità di comunicazione degli aggiornamenti rapida a tutti i soggetti che la consultano.

sito www.lombardiafacile.it le modalità di:

- a) implementazione dei contenuti del sito www.lombardiafacile.it utilizzando come fonte informativa i provvedimenti di Regione Lombardia attinenti la disabilità (in tema di: salute, mobilità, sport, cultura, lavoro ecc.) e traduzione e pubblicazione dei contenuti in italiano e inglese;
- b) costituzione di una redazione per l'implementazione dei contenuti di cui sopra, che preveda un allargamento dei target rispetto a quelli tradizionalmente di riferimento dell'attuale *SpazioDisabilità-InformazioniAccessibili*. Quindi, a partire dagli ambiti sociale, sociosanitario e sanitario, la redazione includerà professionalità che rappresentano target relativi ad es.allo sport, al lavoro, alla cultura, al turismo e altri che verranno identificati dal soggetto attuatore.Le modalità di lavoro della redazione sono oggetto di specifico Piano di lavoro redazionale concordato con Regione Lombardia e parte del Piano di Comunicazione di cui al punto seguente.
- c) promozione del sito www.lombardiafacile.it mediante attività di comunicazione preventivamente concordate con Regione Lombardia e oggetto di specifico Piano di Comunicazione.

comunicazione dedicata alle persone con disabilità sensoriale le modalità per garantire questo servizio presso la/le sedi del front office e durante lo svolgimento di eventi organizzati da Regione Lombardia nei propri spazi istituzionali, per i quali viene manifestata una specifica richiesta.

Il progetto deve indicare la declinazione in fasi operative annuali, delle attività previste nella progettazione triennale.

Un Nucleo di Valutazione appositamente costituito valuterà l'andamento del progetto rispetto alle fasi operative annuali e le eventuali esigenze di modifiche/integrazioni rispetto ai requisiti minimi richiesti di cui all'art.5.

Per la realizzazione del progetto, Regione Lombardia mette a disposizione:

1. Uno spazio web www.lombardiafacile.it, realizzato su piattaforma IBM contenente informazioni sulla mobilità e accessibilità delle strutture turistiche di Lombardia, nonché il collegamento alle

questioni specifiche gestite attualmente dal front office presso lo Spazio Regione di P.za Città di Lombardia, 1 – Milano;

2. Postazioni dedicate alla raccolta di quesiti e alla risposta delle richieste da parte delle persone con disabilità, delle loro famiglie, enti e associazioni di riferimento presso lo Spazio Regione di P.za Città di Lombardia, 1 – Milano nonché presso le U.T.R..

6. ATTIVITÀ RICHIESTE PER LO SVILUPPO DEL PROGETTO

6.1 Attività di front office:

Il front office si articola nell'attività di informazione fornita agli utenti degli sportelli informativi.

Lo sportello informativo deve offrire informazioni immediate e aggiornate sulle tematiche di sua competenza (es: giuridiche e legali inerenti all'handicap, alla disabilità e all'invalidità, percorsi turistici senza barriere, compreso l'utilizzo di mezzi di trasporto e l'accessibilità di hotel, alberghi, servizi culturali, sport e tempo libero, salute, mondo del lavoro e della formazione professionale, ...)

Una banca dati unica è la principale fonte informativa dell'attività di front office.

Agli operatori dello sportello è richiesta la capacità di collaborare con gli operatori dello Spazio Regione Milano e degli U.T.R., nonché con gli ulteriori punti informativi territoriali di Enti e Associazioni (es.Uffici fragilità, Cead, Urp e sportelli Unici Welfare, ecc).

Lo sportello informativo supporta la persona fino alla chiusura del percorso necessario ad ottenere l'adeguata informazione richiesta.

Lo sportello centrale è quello collocato presso lo Spazio Regione di P.za Città di Lombardia, 1 – Milano.

6.2 Attività di back office:

L'attività di back office:

- è a supporto dell'attività di front office e prevede l'aggiornamento tempestivo della banca dati sulla normativa del settore, sui servizi sociali e sanitari, scuola, lavoro, tempo libero, sport, vacanze, viaggi, barriere architettoniche, residenzialità e con particolare riferimento alle procedure relative all'invalidità dell'handicap e della disabilità nonché sui benefit conseguenti (bollo auto, tessere di circolazione, etc.)
- prevede l'espletamento di tutte le attività relative alle rilevazioni di flussi di utenza e di customer satisfaction con le modalità abitualmente in uso in Regione Lombardia
- supporta la funzione di consulenza agli Spazio Regione e agli altri soggetti decentrati sul territorio (almeno a quelli aderenti alla attuale Rete Informativa ed ai punti informativi delle ATS e dei Comuni);
- prevede un monitoraggio complessivo dell'attività svolta con l'individuazione delle potenzialità e criticità della medesimo e la segnalazione delle principali aree di disagio presentate dall'utenza, tramite report quadrimestrali da presentarsi alla DG Reddito di Autonomia ed Inclusione Sociale - U.O.Indirizzi di Programmazione Sociale e Promozione delle Formazioni Sociali in concomitanza alla presentazione dei documenti contabili per la liquidazione di una delle tranche spettanti.

6.3 Ulteriori adempimenti a carico del soggetto attuatore

Il soggetto attuatore acquisisce tutte le funzionalità della Banca dati dello SpazioDisabilità_InformAzioniAccessibili attualmente in uso e:

- tiene costantemente aggiornati i contenuti della stessa utilizzando le fonti informative accreditate che dettaglierà nel progetto;
- acquisisce le competenze tecniche necessarie per implementare/aggiornare/condividere i contenuti;
- partecipa ai gruppi di lavoro regionali eventualmente costituiti sui temi della disabilità e della condivisione dei dati;
- aggiorna gli operatori del progetto sulle modalità di utilizzo e condivisione dei dati.
- partecipa agli eventi a cui Regione Lombardia ritiene necessaria la partecipazione. Il soggetto attuatore si impegna altresì a non divulgare materiale informativo del proprio ente/associazione, ma solo quello relativo al progetto "SpazioDisabilità" salvo specifica autorizzazione regionale.

L'aggiudicatario utilizzerà il call center regionale **800.318.318** quale base strutturale.

6.4 Adempimenti a carico di Regione Lombardia:

Regione Lombardia mette a disposizione:

- uno spazio web per lo sviluppo del sito www.lombardiafacile.it;
- una postazione presso lo Spazio Regione di P.zza Città di Lombardia 1 regolata da un comodato d'uso e attrezzata con la strumentazione necessaria allo svolgimento della attività di raccolta e risposta delle informazioni (PC - a carico della DG Reddito di Autonomia e Inclusione Sociale - collegamento Internet, linea telefonica autonoma e fax in condivisione con Spazio Regione, indirizzo mail, arredi e cancelleria);
- uno spazio presso gli U.T.R. da concordarsi in relazione alle previsioni del progetto presso il quale il soggetto attuatore utilizzerà una propria strumentazione;
- un raccordo permanente con gli uffici regionali per l'aggiornamento delle informazioni con modalità e tempi da concordare.

7. COSTI AMMISSIBILI

Sono ammissibili le spese sostenute esclusivamente per la realizzazione del progetto e le cui fatture, e relative quietanze, decorrano dal giorno successivo alla data di presentazione della domanda e sino al termine di realizzazione del progetto.

Non sono ammissibili le spese effettuate e/o fatturate dal Soggetto attuatore relative a:

- spese di viaggio (trasferte e alloggio);
- acquisto e/o ristrutturazione immobili;
- opere di straordinaria manutenzione;
- attività di coordinamento del servizio nella quota eccedente il 10% delle prestazioni del personale;
- utilizzo spazi diversi rispetto a quelli previsti dal presente avviso;
- costi sostenuti al di fuori dei limiti del progetto approvato e spese non rientranti in quelle previste dal Piano Economico Finanziario.

8. VALUTAZIONE E PUNTEGGI:

L'assegnazione del contributo avverrà a favore del soggetto che avrà presentato il progetto valutato come meglio rispondente agli obiettivi e alle finalità del presente avviso.

Un Nucleo di Valutazione, appositamente costituito con atto del Direttore Generale della DG Reddito di Autonomia ed inclusione Sociale, procederà alla valutazione dei progetti presentati sulla base dei criteri di seguito evidenziati:

CRITERIO	punti max per singola voce	PUNTI
1	Esperienza maturata: a. Qualità della proposta organizzativa, standard di servizio e esperienza territoriale e esperienza pregressa; b. Know-how e competenze /qualifiche del personale nel settore dell'informazione e comunicazione sull'handicap, sulla	punti max 20

Saranno ritenuti validi i progetti che raggiungono un punteggio pari ad almeno 60 punti
Nei trenta giorni successivi alla chiusura dell'avviso, il Responsabile del Procedimento, salvo eventuali approfondimenti istruttori, approva con proprio provvedimento l'esito della valutazione.

Il provvedimento regionale sarà pubblicato sul BURL e sul sito di Regione Lombardia

9. OBBLIGHI DEL SOGGETTO ATTUATORE

Il soggetto attuatore è obbligato a:

- assicurare che le attività previste dal Progetto vengano realizzate nei termini stabiliti al precedente articolo 6 ("Termine di realizzazione dei Progetti");
- assicurare il rispetto degli obblighi assunti in fase di presentazione della domanda;
- assicurare che le attività siano realizzate in conformità al progetto presentato;
- segnalare tempestivamente al Responsabile del Procedimento tutte le eventuali variazioni intervenute rispetto alle informazioni fornite in fase di presentazione della domanda di partecipazione al Avviso;
- conservare, per un periodo di cinque anni a decorrere dalla data di erogazione del saldo e comunque dall'ultimo pagamento ricevuto, la documentazione originale di spesa;
- fornire rendiconti periodici sullo stato di realizzazione delle attività in relazione alla richiesta di erogazione;
- consentire ai controlli che Regione Lombardia e gli altri soggetti preposti potranno svolgere in relazione alla realizzazione del Progetto.

10. MONITORAGGIO E CONTROLLI

Con cadenza annuale il soggetto attuatore deve relazionare a Regione Lombardia l'attuazione del progetto come stabilito all'art.5 lettera f) e motivare eventuali scostamenti dalla programmazione operativa.

E' riconosciuta la possibilità, previa autorizzazione del Responsabile del procedimento, di apportare al progetto interventi correttivi sempre che ciò non comporti ulteriori oneri a carico di Regione Lombardia.

E' facoltà di Regione Lombardia effettuare in qualsiasi momento controlli, anche mediante ispezioni e sopralluoghi, finalizzati ad accertare la rispondenza delle attività realizzate a quanto previsto nel progetto approvato.

11. FIDEIUSSIONE

A garanzia del finanziamento il soggetto attuatore fornisce una polizza fideiussoria pari al 10% del contributo assegnato, prestata da aziende di credito o di assicurazione debitamente autorizzate all'esercizio del ramo cauzioni.

La polizza fideiussoria dovrà prevedere la possibilità di proroghe ed integrazioni ed avere validità fino alla conclusione del progetto. Lo svincolo della polizza avverrà a seguito di esito positivo delle verifiche previste all'art 6 "Attività richieste per lo sviluppo del progetto".

Il costo della fideiussione costituisce spesa ammissibile del progetto.

12. MODALITA' DI CONCESSIONE ED EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO

Il contributo regionale non superiore all' 80% del costo complessivo del progetto, e individuato nella misura massima pari a € 800.000,00 verrà erogato a titolo di rimborso spese e previa richiesta del soggetto attuatore nel seguente modo:

- o 10 % ad attivazione del progetto;
- o 70 % in quote trimestrali, dietro presentazione della relazione delle attività svolte e della rendicontazione delle spese effettivamente sostenute, corredate dalla relativa documentazione contabile (fatture quietanzate o documenti contabili aventi forza probatoria equivalente);
- o 20 % a rendicontazione finale.

La Regione Lombardia si riserva di effettuare tutte le necessarie verifiche contabili ed amministrative e di subordinare la liquidazione delle somme da erogare all'esito di tali verifiche.

La documentazione amministrativa e contabile relativa all'esecuzione del progetto dovrà essere custodita presso la sede del soggetto attuatore e messa a disposizione dei funzionari della Regione Lombardia incaricati di eseguire le verifiche.

13. RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il Responsabile del procedimento viene individuato nel Dirigente della U.O.Indirizzi di Programmazione Sociale e Promozione delle Formazioni Sociali della Direzione Generale Reddito di Autonomia e inclusione Sociale.

14. PUBBLICAZIONE, INFORMAZIONI E CONTATTI

Copia integrale del presente Avviso e dei relativi allegati è pubblicata sul BURL, e sul sito istituzionale di Regione Lombardia (www.regione.lombardia.it).

Qualsiasi informazione relativa al Avviso e agli adempimenti ad esso connessi potrà essere richiesta al seguente indirizzo di posta elettronica: redditodiautonomia@pec.regione.lombardia.it

15. TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I dati e i risultati delle attività condotte nell'ambito del presente progetto rimarranno di proprietà e nella esclusiva disponibilità di Regione Lombardia.

Ai sensi dell'art.29 del D.Lgs.196/2003, verrà nominato in qualità di responsabile esterno per il trattamento dei dati, il legale rappresentate dell'Ente attuatore.

Il soggetto responsabile:

1. dichiara di essere consapevole che i dati che tratta nella realizzazione del progetto, sono dati personali e quindi, come tali, essi sono soggetti all'applicazione del Codice per la protezione dei dati personali.
2. si obbliga ad ottemperare agli obblighi previsti dal D.Lgs.196/2003 anche con riferimento alla disciplina ivi contenuta rispetto ai dati personali sensibili e giudiziari.
3. Predisporre la modulistica e si impegna a presentare all'utente apposita informativa dei dati ai sensi dell'art.13 e del d.lgs.n.196/2003 – 27 –

DGR 11.10.16 - n. X/5672 - Misura reddito di autonomia 2016: implementazione di interventi volti a migliorare la qualità della vita delle famiglie e delle persone anziane con limitazione dell'autonomia e sviluppo di autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili (BUR n. 41 del 13.10.16)

Note

In questi mesi di attuazione le sperimentazioni delle misure poste in atto sopracitate hanno prodotto ed evidenziato alcuni primi significativi esiti per il complessivo sistema di welfare, favorendo anche il consolidamento di reti istituzionali tra comuni, ambiti territoriali ed organizzazioni appartenenti alla comunità e società civile, che hanno operato in modo sinergico alla promozione dell'inclusione sociale delle persone/famiglie.

Viene ritenuto pertanto di proseguire nella realizzazione di questo nuovo modello di welfare sociale implementando le azioni avviate, rimodulando il target dei beneficiari e le risposte individualizzate ai bisogni delle persone e delle famiglie.

In particolare con la d.g.r.n.5060 del 18 aprile 2016 all'oggetto «Reddito di autonomia anno 2016: evoluzione del programma e misure innovative» vengono previsti gli interventi, da realizzarsi a partire dal corrente anno, caratterizzati da:

- personalizzazione (sulla base di specifici progetti individualizzati che partono dal bisogno e sono volti a raggiungere precisi obiettivi in un tempo stabilito);
- tempestività delle risposte (che devono essere garantite nel momento in cui sorge il bisogno);
- temporaneità delle azioni (messe in campo solo per il tempo necessario a rispondere agli obiettivi individuati nel progetto personalizzato);
- corresponsabilità (la persona/famiglia è coinvolta direttamente ed esprime il proprio impegno per realizzare un concreto percorso di uscita dalla condizione di bisogno);

Il contributo del POR FSE 2014-2020 alla strategia dell'Unione per una crescita intelligente, sostenibile ed inclusiva, con riferimento all'Asse II «Inclusione sociale e lotta alla povertà», identifica tre linee direttrici che mirano ad aumentare:

l'inclusione attiva con particolare attenzione al miglioramento dell'occupabilità per le persone svantaggiate;

l'accesso a servizi sostenibili e di qualità, in ambito sociale e socio-sanitario, quale elemento complementare e sinergico all'inclusione attiva;

il contrasto alle situazioni di marginalità estrema;

Gli obiettivi specifici dell'Asse II Inclusione e lotta alla povertà del POR FSE 9.2 - Azione 9.2.1 e 9.3 - Azione 9.3.6 prevedono l'erogazione di servizi di presa in carico delle situazioni di maggiore criticità per favorire processi di inclusione sociale e contrasto alla povertà;

A seguito sia degli incontri con gli Ambiti dei Comuni che delle comunicazioni pervenute dagli stessi in merito all'attuazione delle sperimentazioni sopracitate relative ai «voucher di autonomia», in particolare nell'ambito delle persone anziane, si è ritenuto necessario rimodulare il target di riferimento, garantendo la possibilità di accedere al beneficio a persone anziane con età uguale o superiore ai 65 anni, modificando quanto contenuto nell'allegato A – descrizione sintetica del target dei beneficiari – della d.g.r.5060/2016;

Viene quindi ritenuto di proseguire, a protezione della persona fragile e delle famiglie vulnerabili, con interventi riconducibili a misure che prevedono due tipologie di voucher mensili finalizzati rispettivamente ad assicurare l'autonomia personale e relazionale delle persone anziane ed a sostenere percorsi di autonomia ed inclusione sociale, in caso di persone disabili;

In base alla metodologia per la definizione di importi forfettari relativi a interventi per l'autonomia e l'inclusione sociale ai sensi dell'art.67 del reg.(UE) 1303/2013 di cui al d.d.g.3731/2016, l'importo massimo assegnabile per ogni beneficiario non può essere superiore ad euro 100.000,00;

Viene preso atto:

della complessità e specificità dell'Ambito di Milano, coincidente con il Comune di Milano, anche con riferimento alla dimensione della popolazione complessiva e conseguentemente del target di riferimento delle misure di cui al presente atto;

che la metodologia di cui al citato art.67 del Reg.(Ue) 1303/2013 non risulta applicabile al Comune di Milano visto il vincolo finanziario normato;

Vengono proseguiti a protezione della persona fragile e delle famiglie vulnerabili, con interventi riconducibili a misure che prevedono due tipologie di voucher mensili finalizzati rispettivamente ad assicurare l'autonomia personale e relazionale delle persone anziane ed a sostenere percorsi di autonomia ed inclusione sociale, in caso di persone disabili;

Vengono approvati, quali parti integranti e sostanziali del presente atto:

gli Allegati A e B riguardanti la declinazione delle misure da realizzarsi nei 97 Ambiti territoriali, per un importo complessivo di € 8.932.800,00, di cui € 4.454.400,00 per le persone anziane e € 4.478.400,00 per le persone disabili;

gli allegati C e D riguardanti la declinazione delle misure da attuare nell'Ambito del Comune di Milano, per le quali sono previste risorse complessive pari a euro 1.336.479,00, di cui euro 703.369,00 per le persone anziane e Euro 633.110,00 per le persone disabili;

Per l'attivazione delle misure per la promozione dell'autonomia delle persone anziane e disabili vengono investite complessivamente risorse pari ad Euro 10.269.279,00

PROGRAMMA: POR FSE

ASSE PRIORITARIO: II – INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA'

AZIONE: 9.3.6 Implementazione di buoni servizi per servizi a persone con limitazioni nell'autonomia (per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi socio-sanitari domiciliari e a ciclo diurno e per favorire l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera e per la promozione dell'occupazione regolare nel settore).

TITOLO

“MISURA REDDITO DI AUTONOMIA 2016: IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI

VOLTI A MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DELLE FAMIGLIE E DELLE PERSONE ANZIANE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA

FINALITÀ

Garantire alle persone anziane, in condizione di vulnerabilità socio economica, la possibilità di permanere al domicilio consolidando o sviluppando i livelli di relazioni sociali e di capacità di cura di sé e dell'ambiente domestico mediante l'attivazione di voucher che garantiscano l'integrazione/implementazione dell'attuale rete dei servizi.

Obiettivi specifici:

- promuovere azioni per la presa in carico globale della persona attraverso la valutazione multidimensionale, la predisposizione del progetto individuale redatto in maniera condivisa, partecipata e corresponsabile;
- potenziare il sostegno ai percorsi di autonomia delle persone anziane per garantire una migliore qualità della vita.

DOTAZIONE FINANZIARIA

Euro 4.454.400,00

SOGGETTI BENEFICIARI

Ente capofila (Comune, Comunità Montana, Consorzio, Azienda speciale) dell'accordo di programma di Ambito/Ambiti.

Il numero totale di territori coinvolti è relativo a 97 Ambiti

L'Ente capofila dell'Ambito/degli Ambiti è l'unico referente nei riguardi di Regione Lombardia relativamente a tutte le attività derivanti dalla realizzazione del presente Avviso.

DESTINATARI FINALI

Persone:

- di età uguale o > 65 anni;
- che vivono al proprio domicilio.
- con reddito ISEE (ordinario o ristretto) di riferimento pari o inferiore a 20.000 Euro annui, in corso di validità al momento della presentazione della domanda (compreso quello corrente);

Tali persone si caratterizzano per:

compromissione funzionale lieve/moderata ovvero condizioni che possono comportare una minore cura di sé e dell'ambiente domestico nonché povertà relazionale intesa come rarefazione delle relazioni familiari, progressiva scomparsa dei rapporti di amicizia e di vicinato, ecc. con conseguenti importanti effetti dal punto di vista del decadimento psico-fisico;

essere caregiver di familiari non autosufficienti, con necessità di sollievo e supporto per mantenere una adeguata qualità della vita, purché non sia già previsto come intervento della Misura RSA aperta ex DGR n.2942/2014.

INTERVENTI AMMISSIBILI

Valutazione multidimensionale (Ambito);

- Definizione condivisa del Progetto Individualizzato (PI);
- Interventi e prestazioni previsti dal PI e afferenti al catalogo approvato con d.d.g.3731/2016.

TERMINI REALIZZAZIONE OPERAZIONI

- 13 gennaio 2017: scadenza presentazione domande agli Ambiti
- 24 febbraio 2017: invio graduatoria, per validazione regionale, da parte degli Ambiti
- 14 aprile 2017: effettuata la valutazione e definizione PI, avvio delle prestazioni derivanti dalla personalizzazione degli interventi
- 15 giugno 2018: conclusione delle attività
- 30 luglio 2018: chiusura avviso

SPESE AMMISSIBILI

Finanziamento attraverso l'erogazione di voucher.

Importo massimo assegnabile per ogni beneficiario non superiore a € 100.000,00=;

TIPOLOGIA ED ENTITÀ AIUTO FINANZIARIO

Importi forfettari. Il voucher è destinato a sostenere Progetti Individualizzati per un ammontare complessivo di Euro 4.800,00 per 12 mesi a persona.

PROGRAMMA: POR FSE

ASSE PRIORITARIO: II – INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTÀ

AZIONE: 9.2.1 Interventi di presa in carico multiprofessionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF (international classification of functioning, disability and health) su scala territoriale. Interventi di politica attiva specialmente rivolti alle persone con disabilità.

TITOLO

“MISURA REDDITO DI AUTONOMIA 2016: SVILUPPO DELL'AUTONOMIA FINALIZZATA ALL'INCLUSIONE SOCIALE DELLE PERSONE DISABILI

FINALITÀ

Implementare, in persone disabili giovani ed adulte, le competenze e le abilità finalizzate:

- all'inclusione sociale;

- allo sviluppo dell'autonomia personale;

mediante percorsi di potenziamento delle capacità funzionali e relazionali.

Gli interventi di cui alla presente misura sono attuati da unità d'offerta/servizi a ciò dedicati, o da altri servizi similari, in ottica di risposta flessibile e modulabile, costruita sul bisogno individuale della persona.

DOTAZIONE FINANZIARIA

Euro 4.478.400,00

SOGGETTI BENEFICIARI

Ente capofila (Comune, Comunità Montana, Consorzio, Azienda speciale) dell'accordo di programma di Ambito/Ambiti.

Il numero totale di territori coinvolti è relativo a 97 Ambiti.

L'Ente capofila dell'Ambito/degli Ambiti è l'unico referente nei riguardi di Regione Lombardia relativamente a tutte le attività derivanti dalla realizzazione del presente Avviso.

DESTINATARI FINALI

Giovani e adulti disabili:

- con età pari o superiore a 16 anni,
- un livello di compromissione funzionale che consente un percorso di acquisizione di abilità sociali e relative all'autonomia nella cura di sé e dell'ambiente di vita nonché nella vita di relazioni;
- con reddito ISEE (ordinario o ristretto) di riferimento pari o inferiore a 20.000 Euro annui, in corso di validità al momento della presentazione della domanda (compreso quello corrente).

Tali persone devono caratterizzarsi per la presenza di:

- livelli di abilità funzionali che consentono interventi socio educativi volti ad implementare le competenze necessarie alla cura di sé;
- un livello di competenza per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana che consente interventi socio educativi e socio formativi per sviluppare/implementare/riacquisire:

competenze relazionali e sociali;

competenze da agire all'interno della famiglia o per emanciparsi da essa;

competenze intese come pre-requisiti utili per un eventuale inserimento/re- inserimento lavorativo.

INTERVENTI AMMISSIBILI

- Valutazione multidimensionale (Ambito);
- Definizione condivisa del progetto individualizzato (PI);
- Interventi e prestazioni previsti dal PI e afferenti al catalogo approvato con d.d.g.3731/2016

TERMINI REALIZZAZIONE OPERAZIONI

- 13 gennaio 2017: scadenza presentazione domande agli Ambiti
- 24 febbraio 2017: invio graduatoria, per validazione regionale, da parte degli Ambiti
- 14 aprile 2017: effettuata la valutazione e definizione PI, avvio delle prestazioni derivanti dalla personalizzazione degli interventi
- 15 giugno 2018: conclusione delle attività
- 30 luglio 2018: chiusura avviso

SPESE AMMISSIBILI

Finanziamento attraverso l'erogazione di voucher.

Importo massimo assegnabile per ogni beneficiario non superiore a € 100.000,00=;

TIPOLOGIA ED ENTITÀ AIUTO FINANZIARIO

Importi forfettari. Il voucher è destinato a sostenere i Progetti Individualizzati per un ammontare complessivo di Euro 4.800,00 per 12 mesi a persona.

PROGRAMMA: POR FSE

ASSE PRIORITARIO: II – INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTÀ

AZIONE: 9.3.6 Implementazione di buoni servizi per servizi a persone con limitazioni nell'autonomia (per favorire l'accesso dei nuclei familiari alla rete dei servizi socio-sanitari domiciliari e a ciclo diurno e per favorire l'incremento di qualità dei servizi sia in termini di prestazioni erogate che di estensione delle fasce orarie e di integrazione della filiera e per la promozione dell'occupazione regolare nel settore).

TITOLO

“MISURA REDDITO DI AUTONOMIA 2016: IMPLEMENTAZIONE DI INTERVENTI

VOLTI A MIGLIORARE LA QUALITÀ DELLA VITA DELLE FAMIGLIE E DELLE PERSONE ANZIANE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA

FINALITÀ

Garantire alle persone anziane, in condizione di vulnerabilità socio economica, la possibilità di permanere al domicilio consolidando o sviluppando i livelli di relazioni sociali e di capacità di cura di sé e dell'ambiente domestico mediante l'attivazione di voucher che garantiscano l'integrazione/implementazione dell'attuale rete dei servizi.

Obiettivi specifici:

- promuovere azioni per la presa in carico globale della persona attraverso la valutazione multidimensionale, la predisposizione del progetto individuale redatto in maniera condivisa, partecipata e corresponsabile;
- potenziare il sostegno ai percorsi di autonomia delle persone anziane per garantire una migliore qualità della vita.

DOTAZIONE FINANZIARIA

Euro 703.369,00

SOGGETTI BENEFICIARI

Ambito del Comune di Milano che è l'unico referente nei riguardi di Regione Lombardia relativamente a tutte le attività derivanti dalla realizzazione del presente Avviso.

DESTINATARI FINALI

Persone:

- di età uguale o > 65 anni;
- che vivono al proprio domicilio.
- con reddito ISEE (ordinario o ristretto) di riferimento pari o inferiore a 20.000 Euro annui, in corso di validità al momento della presentazione della domanda (compreso quello corrente);

Tali persone si caratterizzano per:

- compromissione funzionale lieve/moderata ovvero condizioni che possono comportare una minore cura di sé e dell'ambiente domestico nonché povertà relazionale intesa come rarefazione delle relazioni familiari, progressiva scomparsa dei rapporti di amicizia e di vicinato, ecc. con conseguenti importanti effetti dal punto di vista del decadimento psico-fisico;
- essere caregiver di familiari non autosufficienti, con necessità di sollievo e supporto per mantenere una adeguata qualità della vita, purchè non sia già previsto come intervento della Misura RSA aperta ex DGR n.2942/2014.

INTERVENTI AMMISSIBILI

- Valutazione multidimensionale (Ambito);
- Definizione condivisa del Progetto Individualizzato (PI);
- Interventi e prestazioni previsti dal PI e afferenti al catalogo approvato con d.d.g.3731/2016.

TERMINI REALIZZAZIONE OPERAZIONI

- 13 gennaio 2017: scadenza presentazione domande agli Ambiti
- 24 febbraio 2017: invio graduatoria, per validazione regionale, da parte degli Ambiti
- 14 aprile 2017: effettuata la valutazione e definizione PI, avvio delle prestazioni derivanti dalla personalizzazione degli interventi
- 15 giugno 2018: conclusione delle attività
- 30 luglio 2018: chiusura avviso

SPESE AMMISSIBILI

Finanziamento attraverso l'erogazione di voucher

SPESE AMMISSIBILI

Finanziamento attraverso l'erogazione di voucher

PROGRAMMA: POR FSE

ASSE PRIORITARIO: II – INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA'

AZIONE: 9.2.1 Interventi di presa in carico multiprofessionale, finalizzati all'inclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso la definizione di progetti personalizzati. Promozione della diffusione e personalizzazione del modello ICF (international classification of functioning, disability and health) su scala territoriale. Interventi di politica attiva specialmente rivolti alle persone con disabilità.
classification of functioning, disability and health) su scala territoriale. Interventi di politica attiva specialmente rivolti alle persone con disabilità .

FINALITÀ

Implementare, in persone disabili giovani ed adulte, le competenze e le abilità finalizzate:

- all'inclusione sociale;

- allo sviluppo dell'autonomia personale;

mediante percorsi di potenziamento delle capacità funzionali e relazionali.

Gli interventi di cui alla presente misura sono attuati da unità d'offerta/servizi a ciò dedicati, o da altri servizi similari, in ottica di risposta flessibile e modulabile, costruita sul bisogno individuale della persona.

DOTAZIONE FINANZIARIA

Euro 633.110,00

SOGGETTI BENEFICIARI

Ambito del Comune di Milano che è l'unico referente nei riguardi di Regione Lombardia relativamente a tutte le attività derivanti dalla realizzazione del presente Avviso.

DESTINATARI FINALI

Giovani e adulti disabili:

• con età pari o superiore a 16 anni,

• un livello di compromissione funzionale che consente un percorso di acquisizione di abilità sociali e relative all'autonomia nella cura di sé e dell'ambiente di vita nonché nella vita di relazioni;

• con reddito ISEE (ordinario o ristretto) di riferimento pari o inferiore a 20.000 Euro annui, in corso di validità al momento della presentazione della domanda (compreso quello corrente).

Tali persone devono caratterizzarsi per la presenza di:

• livelli di abilità funzionali che consentono interventi socio educativi volti ad implementare le competenze necessarie alla cura di sé;

• un livello di competenza per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana che consente interventi socio educativi e socio formativi per sviluppare/implementare/riacquisire:

- competenze relazionali e sociali;
- competenze da agire all'interno della famiglia o per emanciparsi da essa;
- competenze intese come pre-requisiti utili per un eventuale inserimento/re- inserimento lavorativo

INTERVENTI AMMISSIBILI

- Valutazione multidimensionale (Ambito);
- Definizione condivisa del progetto individualizzato (PI);
- Interventi e prestazioni previsti dal PI e afferenti al catalogo approvato con d.d.g.3731/2016

TERMINI REALIZZAZIONE OPERAZIONI

- 13 gennaio 2017: scadenza presentazione domande agli Ambiti
- 24 febbraio 2017: invio graduatoria, per validazione regionale, da parte degli Ambiti
- 14 aprile 2017: effettuata la valutazione e definizione PI, avvio delle prestazioni derivanti dalla personalizzazione degli interventi
- 15 giugno 2018: conclusione delle attività
- 30 luglio 2018: chiusura avviso

SPESE AMMISSIBILI

Finanziamento attraverso l'erogazione di voucher

TIPOLOGIA ED ENTITÀ AIUTO FINANZIARIO

Il voucher è destinato a sostenere i Progetti Individualizzati per un ammontare complessivo di Euro 4.800,00 per 12 mesi a persona

TIPOLOGIA ED ENTITÀ AIUTO FINANZIARIO

Il voucher è destinato a sostenere i Progetti Individualizzati per un ammontare complessivo di Euro 4.800,00 per 12 mesi a persona

POLITICHE SOCIALI

CAMPANIA

DGR 4.10.16, n. 527 - Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza "Opera Pia d'auria", in Casavatore. Estinzione. (BUR n. 66 del 10.10.16)

Note

Il commissario reggente dell'IPAB "Opera pia D'Auria":

- a. propone la estinzione dell'istituzione ai sensi dell'articolo 11 del regolamento n. 2/2013 a motivo della inattività nel campo socio-assistenziale da oltre due anni e dell'esaurimento dello scopo statutario;
- b. attesta, all'esito della rilevazione del patrimonio e delle ricognizioni effettuate, che l'IPAB "Opera pia D'Auria" :
 - b.1. è priva di beni mobili;

b.2. è proprietaria di un fondo agricolo in Casavatore identificato al catasto al foglio 1, particelle 571, 568, 55;

b.3. è priva di personale dipendente;

b.4. non ha in essere rapporti giuridici attivi e passivi;

b.5. è priva di bilanci previsionali e consuntivi;

c. attesta, altresì, che il testamento dal quale trae origine l'istituzione e lo statuto non recano disposizioni specifiche in ordine alla destinazione del patrimonio in caso di scioglimento dell'ente; Viene dichiarata estinta l'IPAB "Opera pia D'Auria", in Casavatore, ai sensi dell'articolo 11 del regolamento 22 febbraio 2013, n. 2, a motivo della inattività nel campo socio-assistenziale da oltre due anni e dell'esaurimento dello scopo statutario.

Viene attribuito al comune di Casavatore il patrimonio dell'IPAB "Opera pia D'Auria", con vincolo di destinazione a scopi sociali.

EMILIA-ROMAGNA

ATTO DI INDIRIZZO - ORDINE DEL GIORNO - Oggetto n. 3287 - Ordine del giorno n. 3 collegato all'oggetto 2873 Proposta recante: "Documento di economia e finanza regionale DEFR 2017 con riferimento alla programmazione 2017-2019". A firma dei Consiglieri: Iotti, Caliandro, Poli, Molinari, Rontini, Lori, Pruccoli, Montalti, Bagnari, Tarasconi, Campedelli, Ravaoli, Prodi, Mumolo, Zoffoli, Zappaterra, Bessi, Serri, Sabattini. (BUR n. 299 del 10.10.16)

L'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna

Premesso che

il DEFR 2017, quale patto programmatico fondamentale per le Regioni, oltre a contenere gli obiettivi strategici che l'ente si propone di perseguire nel periodo di programmazione 2017-2019, si pone ad indirizzo di tutte le successive deliberazioni della Giunta e dell'Assemblea legislativa;

la funzione programmatica e informativa del documento, risultando in stretta correlazione al bilancio, pone in evidenza i 93 Obiettivi Strategici, articolati per missioni e programmi, per ciascuno dei quali sono illustrati gli impatti attesi sul sistema degli enti locali e descritti gli indirizzi agli enti strumentali e alle società controllate e partecipate che concorrono, ciascuno per il proprio ambito, alla produzione e all'erogazione di servizi funzionali allo sviluppo delle linee di governo regionale;

al fine di perseguire corretti e sostenibili indirizzi di politica economica regionale, occorre utilizzare - oltre ai dati ed agli indicatori forniti dagli strumenti statistici tradizionali - parametri sul benessere dei cittadini basati sulla qualità dei servizi, della salute, dell'istruzione, delle relazioni sociali, oltre che sugli aspetti di natura ambientale e fruizione culturale.

Considerato che

la riforma della Legge di bilancio appena licenziata (Legge 4 agosto 2016 n. 163 pubblicata in G.U. Serie Generale n. 198 del 25 agosto 2016 recante "Modifiche alla legge 31 dicembre 2009 n. 196, concernenti il contenuto della legge di bilancio, in attuazione dell'art. 15 della legge 24 dicembre 2012 n. 243") ha come elemento di assoluta novità l'ampliamento dei contenuti del Documento di Economia e Finanza (DEF), in particolare per quanto riguarda le relazioni a corredo del documento, che dovranno basarsi su indicatori di benessere equo e sostenibile (BES), selezionati e definiti dal Comitato per gli indicatori istituito presso l'Istat;

tale rilevante passaggio normativo tiene conto quindi, nell'ambito della programmazione e valutazione delle politiche, non solo dell'indicatore PIL ma anche delle fondamentali dimensioni sociali e ambientali del benessere.

Tenuto conto che

la suddetta riforma in materia di programmazione economica non investe il ciclo della programmazione regionale essendo specificatamente rivolta al processo di bilancio dello Stato;

la Giunta della Regione Emilia-Romagna, già con la predisposizione del Documento di Economia e Finanza - DEFR per l'anno 2016, approvato con DGR 1632 del 29 ottobre 2015, ha introdotto, per

una migliore comprensione dello scenario di contesto economico, sociale e culturale del territorio, numerosi indicatori di benessere;

tali indicatori hanno poi trovato ampio spazio nel DEFR 2017 tramite una strutturata esposizione che offre per ogni area di riferimento (istituzionale, economica, sanità e sociale, culturale e territoriale) un set di indicatori in grado di fornire informazioni sulle dimensioni sociali, culturali e ambientali a sostegno del processo decisionale;

inoltre, nell'atto amministrativo di Aggiornamento del DEFR 2017, una specifica sezione risulta dedicata all'analisi e all'elaborazione di un set di indicatori BES per ogni area di riferimento, anticipando pertanto in ambito regionale la riforma che la legge 163/2016 ha definito per lo Stato;

prendendo a riferimento l'ultimo rapporto disponibile BES (Benessere Equo e Sostenibile) ed in particolare l'articolazione delle sue 12 dimensioni, la Regione Emilia-Romagna è descritta da indicatori statistici (73 con declinazione a livello regionale su 130) che pongono in evidenza dimensioni relative a:

1. Salute: ai primi posti per speranza di vita in buona salute alla nascita;
 3. Lavoro e conciliazione tempi di vita: al secondo posto per elevato valore dell'indicatore di quantità di lavoro quanto a occupazione 20-64 anni;
 4. Benessere economico: nei primi tre posti per Reddito medio annuo disponibile pro-capite;
 5. Relazioni sociali: al secondo posto complessivamente nel dato complessivo;
 8. Benessere soggettivo: ai primi posti per soddisfazione della propria vita, secondo posto per soddisfazione per il tempo libero;
 9. Paesaggio e patrimonio culturale: ai primi posti per spesa dei comuni per il patrimonio culturale (in crescita), rilievo statistico quasi azzerato per urban sprawl, ai posti più bassi per giudizio dei cittadini sul degrado del paesaggio;
 10. Ambiente: al secondo posto per minor dispersione di acqua potabile in rete, agli ultimi posti per siti contaminati (25 dopo solo Aosta e Trentino A.A.);
 11. Ricerca e Innovazione: nei primi quattro posti per ricerca e sviluppo (R&S), ai primi posti per brevetti ed imprese innovative;
 12. Qualità dei servizi: di gran lunga al primo posto con 12 anziani assistiti a domicilio ogni 100 residenti, ai primi posti per presidi socio assistenziali e sanitari, primo posto per bambini presi in carico servizi per l'infanzia, ai primi posti per raccolta differenziata rifiuti;
- tenendo in ogni caso in piena considerazione le situazioni di criticità pure presenti nelle diverse analisi statistiche disponibili, pienamente considerate negli Obiettivi Strategici del DEFR 2017 come programmazione per lo sviluppo sostenibile regionale.

Impegna la Giunta regionale

a consolidare l'applicazione, già ampiamente in atto, nelle analisi e valutazioni per la predisposizione di documenti di programmazione, in particolare nel Documento di Economia e Finanza di analisi, di indicatori di benessere sociali, culturali e ambientali, riferibili anche ai rapporti BES;

a porre in atto una adeguata informazione sui dati disponibili di benessere equo e sostenibile regionale, in particolare attraverso il Servizio Statistica, che già da alcuni anni realizza il Factbook Emilia-Romagna, che si compone ad oggi di 47 indicatori, di cui 24 in comune con il BES.

LAZIO

DGR 27.9.16, n. 553 - Proroga commissariamento dell'IPAB SS. Annunziata di Gaeta. (BUR n. 80 del 6.10.16)

Note

Si procede alla proroga dell'attuale commissariamento dell'IPAB SS. Annunziata di Gaeta, per un periodo non superiore a sei mesi e quindi non oltre la data del 31 marzo 2017 al fine di:

- garantire lo svolgimento dell'ordinaria e straordinaria amministrazione dell'ente anche in ottemperanza ad ulteriori specifici obblighi stabiliti dalla legge e al fine di consentire

l'approvazione del nuovo statuto dell'Ente, da parte della Regione Lazio, propedeutica all'avvio delle procedure per il rinnovo del consiglio di amministrazione dell'IPAB.

Alla nomina del commissario straordinario dell'IPAB SS. Annunziata di Gaeta si procederà con successivo decreto del Presidente della Regione fermo restando il possesso ed il mantenimento dei requisiti necessari per lo svolgimento dell'incarico ai sensi della normativa vigente.

PIEMONTE

DGR 5.9.16, n. 24-3884 - L.R. n. 23/2015, art. 8, comma 1. Fondazione Ospedale Civico di Dogliani - Sacra Famiglia con sede in Dogliani (CN). Proroga, in parziale sanatoria, del Commissario straordinario. (BUR n. 39 del 29.9.16)

Note

Viene prorogato, in parziale sanatoria, ai sensi dell'art. 8, comma 1 della L.R. n. 23/2015, l'incarico di Commissario straordinario della Fondazione Ospedale Civico di Dogliani - Sacra Famiglia con sede in Dogliani (CN), al sig. Modesto Stralla, a titolo gratuito, per la durata di 5 mesi, per il periodo 01/08/2016 – 31/12/2016, con il mandato di:

- 1) provvedere alla ordinaria e straordinaria amministrazione della Fondazione, anche mediante l'adozione di tutti gli atti necessari a garantire un adeguato livello di prestazioni a favore della popolazione anziana ospite presso la struttura;
- 2) proseguire nelle attività necessarie per adottare una valutazione definitiva circa l'esistenza delle condizioni di prosecuzione dell'attività istituzionale della Fondazione, anche mediante l'avvio di contatti con il sistema bancario e la definizione di un piano di soddisfazione dei creditori;
- 3) nel caso di esito negativo delle attività di cui al punto 2), avviare il processo di estinzione della Fondazione, provvedendo, al contempo, all'adozione delle misure necessarie alla collocazione degli ospiti, previo accordo con le rispettive famiglie, presso altre strutture del territorio.

In merito allo sviluppo ed esito del proprio mandato, il Commissario straordinario dovrà produrre una relazione a metà mandato ed una finale da trasmettere alla Direzione regionale Coesione Sociale.

DGR 5.9.16, n. 25-3885 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Casa di Riposo di Castellazzo Bormida". Approvazione nuovo Statuto. (BUR n. 39 del 29.9.16)

Note

L'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Casa di Riposo di Castellazzo Bormida" (nel seguito: I.P.A.B.), con sede in Castellazzo Bormida (AL), è attualmente sottoposta a commissariamento, secondo quanto previsto nella D.G.R. n. 28-3256 del 09.05.2016.

In esecuzione dell'incarico commissariale che, tra l'altro, prevede la modifica dello Statuto, con particolare riferimento alla riduzione del numero dei componenti del Consiglio di Amministrazione di nomina comunale da cinque a tre, il Commissario Straordinario, con provvedimento n. 14 del 28/07/2016, ha richiesto l'approvazione di un nuovo testo statutario.

Il Comune di Castellazzo Bormida, ha preso atto senza obiezioni delle modifiche indicate.

Viene approvato il nuovo statuto dell'I.P.A.B. " Casa di Riposo di Castellazzo Bormida", con sede in Castellazzo Bormida, composto di 32 articoli, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante.

DGR 5.9.16, n. 26-3886 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Centro Servizi Socio-Assistenziali Lercaro" di Ovada. Nomina Commissario. . (BUR n. 39 del 29.9.16)

Note

La Casa di Riposo "Centro Servizi Socio-assistenziali e Sanitari Lercaro", con sede in Ovada, istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza giuridicamente riconosciuta a norma della Legge n. 6972/1890, (nel seguito I.P.A.B.) ha per scopo, ai sensi dell'art. 2 dello statuto vigente, " (...) *l'assistenza socio-sanitaria, all'interno di strutture adeguate e domiciliare, agli anziani autosufficienti e non autosufficienti, agli inabili e a portatori di handicap*".

L' I.P.A.B. attualmente è retto da uno statuto, approvato con D.G.R. n. 51-26578 del 19.07.1993, che prevede, agli articoli 4 e 5, che la stessa sia amministrata da un Consiglio di Amministrazione composto di cinque membri, compreso il Presidente, di cui quattro nominati dal Consiglio Comunale di Ovada e uno dalla Provincia di Alessandria.

Il Sindaco di Ovada, ha manifestato la necessità di procedere al commissariamento dell' I.P.A.B. ed ha contestualmente dichiarato l' indisponibilità a nominare i componenti del Consiglio di Amministrazione di competenza comunale.

Viene nominato, quale Commissario straordinario dell' I.P.A.B. "Centro Servizi Socio-assistenziali e Sanitari Lercaro", con sede in Ovada, l' architetto Giovanni Maria Ghè per sei mesi decorrenti dalla data di approvazione del presente provvedimento, determinando l' indennità di carica nella misura di Euro 1000,00 mensili, al lordo delle ritenute di legge, a carico dell' I.P.A.B. commissariata.

Viene dato mandato al Commissario di:

- e) provvedere, per la durata dell' incarico, alla gestione ordinaria e straordinaria dell' I.P.A.B.;
- f) riorganizzare la gestione della Casa di Riposo in termini di efficacia e di efficienza e di miglioramento dell' offerta residenziale;
- g) predisporre un piano di risanamento pluriennale volto alla riduzione strutturale del debito;
- h) in prossimità della scadenza del mandato, qualora completato quanto indicato ai precedenti punti b) e c), mettere in atto le procedure per la ricostituzione del consiglio di amministrazione.

In merito allo sviluppo ed esito del proprio mandato, il Commissario straordinario dovrà produrre relazione a metà mandato ed una finale da trasmettere alla Direzione regionale Coesione Sociale.

DGR 5.9.16, n. 27-3887 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Casa di Riposo di Vercelli", con sede in Vercelli. Approvazione nuovo Statuto. (BUR n. 39 del 29.9.16)

Note

La "Casa di Riposo di Vercelli" (nel seguito: I.P.A.B.), con sede in Vercelli, in esecuzione della deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 12 del 24/05/2016, richiedeva l' approvazione di un nuovo testo statutario.

L' istanza, pervenuta in data 21/06/2016, è stata determinata dalla necessità di un adeguamento sostanziale dello Statuto, in quanto ad oggi non è stata fatta alcuna modifica allo Statuto vigente, datato 1958.

Il Comune di Vercelli, invitato ad esprimere un parere in ordine a tale istanza, non ha trasmesso, entro i termini prescritti, alcuna comunicazione in merito, ragione per la quale si è ritenuto di prescindere dal parere stesso.

Viene approvato il nuovo statuto dell' I.P.A.B. "Casa di Riposo di Vercelli", con sede in Vercelli, composto di 17 articoli, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante.

DGR 5.9.16, n. 28-3888 - Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Ospedale Civico San Camillo De' Lellis", con sede in Dronero. Approvazione nuovo Statuto. (BUR n. 39 del 29.9.16)

Note

L' Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza "Ospedale Civico S. Camillo De' Lellis (nel seguito: I.P.A.B.), con sede in Dronero (CN), in esecuzione della deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 17 del 05/05/2016, richiedeva l' approvazione di un nuovo testo statutario.

L' istanza, pervenuta in data 22/06/2016, è stata determinata dalla necessità di un adeguamento sostanziale dello Statuto, in quanto ad oggi non è stata fatta alcuna modifica allo Statuto originario datato 1902.

Il Comune di Dronero, invitato ad esprimere un parere in ordine a tale istanza, non ha trasmesso, entro i termini prescritti, alcuna comunicazione in merito, ragione per la quale si è ritenuto di prescindere dal parere stesso.

Viene approvato il nuovo statuto dell' I.P.A.B. "Ospedale Civico S. Camillo De' Lellis", con sede in Dronero, composto di 25 articoli, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante.

DGR 19.9.16, n. 19-3935 - Proroga, in parziale sanatoria, del Commissario straordinario dell'I.P.A.B. Casa di Riposo della Città di Asti, con sede nel Comune di Asti ed affidamento, al medesimo, dell'amministrazione congiunta dell'I.P.A.B. Asilo Infantile Bosia Garezz, avente sede in Sessant, frazione di Asti. (BUR n. 41 del 14.10.16)

Note

Si procede alla proroga, in parziale sanatoria, dell'incarico di Commissario straordinario dell'I.P.A.B. Casa di Riposo della Città di Asti, al sig. Giuseppe Carlo Camisola, per la durata di 6 mesi, per il periodo 01/09/2016 – 28/02/2017, con il mandato di:

1. provvedere alla gestione ordinaria e straordinaria dell'I.P.A.B. Casa di Riposo della Città di Asti con mandato generale volto ad adottare tutti gli atti necessari a garantire un adeguato livello di prestazioni a favore della popolazione anziana ospite presso la struttura,
2. proseguire nelle attività necessarie a dare prosecuzione ed adempimento alle misure di programmazione, impostate nel corso del semestre 29/02/2016 – 31/08/2016, finalizzate alla realizzazione del progetto di ristrutturazione complessiva dell'I.P.A.B. Casa di Riposo della Città di Asti ed al recupero di condizioni di stabilità economica e produttiva della stessa,
3. una volta avviate e messe a regime le attività di cui al punto 2), procedere alla ricostituzione dell'organo di amministrazione dell'I.P.A.B. Casa di Riposo della Città di Asti, conformemente alle previsioni statutarie;

Viene affidata al sig. Giuseppe Carlo Camisola, l'amministrazione dell'I.P.A.B. Asilo Infantile "Bosia Garezz", avente sede in Sessant (AT), per il tempo intercorrente tra l'avvio e la conclusione del procedimento amministrativo di estinzione, e comunque non oltre il 28/02/2017, con il mandato di:

1. provvedere alla gestione ordinaria dell'I.P.A.B. Asilo Infantile "Bosia Garezz" e all'adozione di eventuali atti urgenti e indifferibili;
2. provvedere all'assunzione dei restanti atti finalizzati all'estinzione dell'I.P.A.B. Asilo Infantile "Bosia Garezz".

Viene determinata l'indennità di carica a favore del Commissario straordinario, con esclusivo riferimento al mandato relativo all'I.P.A.B. Casa di Riposo della Città di Asti, nella misura di Euro 1.000,00 mensili, al lordo delle ritenute di legge, a carico dell'I.P.A.B. commissariata;

TOSCANA

DGR 19.9.16, n. 921 - Approvazione bando rivolto a enti pubblici e finalizzato al sostegno agli investimenti nel settore sociale. (BUR n. 40 del 5.10.16)

Note

Il vigente Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 che, in particolare, al punto 9.1.5.1., relativamente al punto dedicato agli "investimenti nel settore sociale", prevede misure preventive sotto forma di investimenti quanto più possibile tempestivi, rivolti a prevenire eventuali situazioni di emergenza" e diretti ad accrescere le capacità e le qualifiche dei cittadini, che migliorino le opportunità di integrazione nella società e nel mercato del lavoro in modo da creare sistemi di protezione sociale adeguati e sostenibili e che soddisfino i bisogni dei cittadini nei momenti critici della loro vita;

Viene data attuazione a quanto previsto al punto 9.1.5.1 del vigente Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, in ordine al sostegno agli investimenti nel settore sociale, mediante la promozione di apposita procedura ad evidenza pubblica per l'erogazione di contributi economici in conto capitale - a titolo di cofinanziamento - a enti locali e altri soggetti pubblici del territorio per la realizzazione di progetti di investimento nel settore sociale, con le modalità e i contenuti specificati nel documento contenente gli elementi essenziali della procedura, allegato A alla presente Deliberazione come sua parte integrante e sostanziale (a cui si rinvia).

NB

I contributi in conto capitale oggetto della presente Deliberazione che non saranno regolarmente rendicontati dai rispettivi soggetti beneficiari entro il 31 gennaio 2017 saranno sottoposti a contestuale revoca da parte dell'Amministrazione Regionale;

POVERTÀ INCLUSIONE SOCIALE

MARCHE

DGR 12.6.16, n. 1072 - Istituzione del Tavolo regionale permanente di Coordinamento interassessorile avente funzioni di programmazione, coordinamento e gestione di politiche di inclusione e per l'attuazione delle linee guida per la predisposizione e attuazione del Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA).

Note

Viene istituito un Tavolo permanente di collaborazione e di coordinamento interassessorile per la programmazione, il coordinamento e la gestione di politiche di inclusione e per l'attuazione delle linee guida per la predisposizione e attuazione del Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA);

Vengono recepite le "Linee guida per la predisposizione e attuazione dei progetti di presa in carico del Sostegno all'Inclusione Attiva" di cui all'Accordo 11 febbraio 2016 tra il Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie Locali, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lettera c) del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281.

La composizione del Tavolo permanente in modo da assicurare la presenza degli assessorati regionali competenti in materia di Politiche sociali, Sanità, Istruzione, Formazione e Lavoro.

La composizione, il funzionamento e le competenze del Tavolo permanente sono quelle indicate nell'Allegato "A" (a cui si rinvia).

PUGLIA

DGR 13.9.16, n. 1431 - Schema di protocollo di intesa fra Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e Regione Puglia per l'attuazione del Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA) e la sua integrazione con la misura regionale denominata Reddito di Dignità ai sensi della l.r. n. 3/2016. Approvazione. (BUR n. 110 del 28.9.16)

Note

PREMESSA

In data 15 marzo 2016 è stata pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia la legge regionale 14 marzo 2016, n. 3, "Reddito di Dignità e politiche per l'inclusione sociale attiva", con cui la Regione Puglia ha inteso promuovere una strategia organica di contrasto al disagio socioeconomico, alle povertà e all'emarginazione sociale, attraverso l'attivazione di interventi integrati per l'inclusione sociale attiva, nel rispetto dell'articolo 34 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, degli articoli 1, 2, 3, 4, 38, della Costituzione italiana, nonché in sinergia e coerenza con i requisiti, le modalità di accesso, e i criteri di determinazione del beneficio economico della misura di sostegno al reddito nazionale, denominato Sostegno per l'Inclusione Attiva (S.I.A.), di cui all'articolo 1, comma 386, della legge n. 208/2015, come definiti dal decreto interministeriale di cui all'articolo 1, comma 387, della medesima legge n. 208/2015.

Il Regolamento Regionale n. 8 del 23 giugno 2016, in particolare, al Titolo II, artt. 4-5, ha provveduto a declinare i requisiti soggettivi minimi per l'accesso e i criteri di valutazione dei bisogni prioritari della persona che presenta istanza di accesso al ReD e del rispettivo nucleo familiare, come risultante dalla Dichiarazione Sostitutiva Unica ai fini ISEE. I requisiti di accesso e il sistema dei punteggi da attribuire in base alle caratteristiche del nucleo familiare sono stati definiti nel rispetto dei criteri generali fissati dalla l.r. 14 marzo 2016, n. 3, istitutiva del Reddito di Dignità, nonché in coerenza con i requisiti di accesso al SIA-Sostegno per l'inclusione sociale attiva di cui all'artt. 1 co. 386 e seguenti della l. n. 208/2015 (Legge di Stabilità 2016), così come disciplinati in dettaglio nel Decreto Interministeriale del 26 maggio 2016.

. Il Titolo III del Regolamento regionale, disciplina, inoltre, il percorso procedurale per portare un soggetto richiedente il ReD dalla domanda alla fruizione del beneficio economico e alla presa in carico multi professionale da parte della rete dei servizi, con la definizione di un progetto individuale per l'inclusione sociale attiva e l'attivazione del percorso di tirocinio. Anche per le procedure di istruttoria e di definizione della presa in carico multiprofessionale la disciplina regionale del ReD è strettamente coerente con quanto già definito dal Decreto Interministeriale 26 maggio 2016, con specifico riferimento al ruolo di INPS come "Soggetto Attuatore" che, ai fini dell'istruttoria delle domande di accesso al ReD, procederà in cooperazione applicativa con le procedure informatiche regionali per l'istruttoria e la valutazione delle domande.

. Con Del. G.R. n. 928 del 28 giugno 2016 la Giunta Regionale ha provveduto ad approvare l'Avviso pubblico per le manifestazioni di interesse per il popolamento del Catalogo dei tirocini per l'inclusione e dei progetti di sussidiarietà e di prossimità nelle comunità locali.

. Con Del. G.R. n. 1014 del 7 luglio 2016 la Giunta Regionale ha provveduto ad approvare l'Avviso pubblico per le domande dei cittadini di accesso alla misura ReD, strettamente integrata alla misura SIA nazionale, sia per l'integrazione delle risorse finanziarie complessivamente disponibili, sia per i requisiti di accesso e il percorso di presa in carico multiprofessionale, fermi restando l'obiettivo della Amministrazione regionale di ampliare la platea dei potenziali beneficiari e di estendere gli importi economici riconosciuti ai beneficiari SIA.

. Il Decreto del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 26 maggio 2016 ha disposto l'Avvio del Sostegno per l'Inclusione Attiva — SIA su tutto il territorio nazionale).

L'art. 2 comma 4 del succitato Decreto Interministeriale prevede che le Regioni e le Province Autonome possono, con riferimento ai propri residenti, incrementare il beneficio economico concesso e/o ampliare la platea dei beneficiari, riducendo la selettività dei requisiti necessari per l'accesso al beneficio, integrando a tal fine il Fondo Carta Acquisti.

L'art. 2 comma 4 del succitato Decreto Interministeriale prevede che gli specifici usi in favore dei residenti nel territorio regionale, a cui vincolare l'utilizzo delle risorse versate ad integrazione del Fondo Carta Acquisti, sono definiti con apposito protocollo di intesa tra il Presidente della Regione e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, sentito il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

. Il succitato Decreto Interministeriale dispone che i rapporti finanziari siano regolati con apposito atto tra l'Amministrazione Regionale, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

LA DISPOSIZIONE

Viene approvato lo schema di protocollo di intesa fra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e la Regione Puglia per l'attuazione del SIA nazionale e la sua integrazione con il Reddito di Dignità regionale, come riportato in Allegato 1 alla presente proposta di deliberazione, per farne parte integrante e sostanziale (a cui si rinvia).

PRIVATO SOCIALE

BASILICATA

L.R. 26.9.16, n. 20 - Attuazione art. 118 comma 4 della Costituzione (BUR n. 36 del 1.10.16)

Articolo 1

Finalità

1. Con la presente legge la Regione Basilicata persegue l'obiettivo di dare attuazione all'articolo 118, comma 4, della Costituzione ed allo Statuto regionale, disciplinando i rapporti tra l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli o associati, e delle formazioni sociali per lo svolgimento di attività di interesse generale, secondo i principi di sussidiarietà orizzontale e l'azione di Comuni, Province, Regione e altri Enti locali e Autonomie funzionali.

2. Le iniziative legislative del Consiglio regionale non possono ledere l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli o associati, e i diritti da essi acquisiti.

Articolo 2

Principi generali

1. L'iniziativa dei cittadini, singoli o associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, è libera, autonoma e non è soggetta ad autorizzazione. Essa è svolta nel rispetto dei principi di legalità costituzionale, dell'utilità sociale, della tutela dell'ambiente e della salute e in ogni caso, senza recare danno alla sicurezza, alla libertà ed alla dignità umana.

2. L'attuazione del principio di sussidiarietà è prioritariamente diretta al miglioramento del livello dei servizi, al superamento delle disuguaglianze economiche e sociali e alla promozione della cittadinanza attiva umanitaria, intesa come effettiva partecipazione dei cittadini all'organizzazione solidale della comunità, prendendo attivo interesse al bene civico, culturale e morale della stessa comunità e favorendo la collaborazione dei cittadini e delle formazioni sociali, secondo la loro specificità, alla amministrazione paritetica della cosa pubblica, per la valorizzazione della persona e dello sviluppo solidale della comunità.

Articolo 3

Soggetti della sussidiarietà orizzontale

1. I soggetti della sussidiarietà orizzontale che possono svolgere le attività di interesse generale sono:

- a) i cittadini, singoli o associati;
- b) le famiglie;
- c) le imprese;
- d) gli agenti del terzo settore.

Articolo 4

Oggetto della sussidiarietà orizzontale

1. Sono considerate attività di interesse generale svolte dai cittadini quelle inerenti ai servizi pubblici sociali, ai servizi culturali, ai servizi per la valorizzazione del lavoro e dell'iniziativa economica volti al rafforzamento dei sistemi produttivi locali, ai servizi alla persona e ai servizi di utilità alla generalità dei cittadini e alle categorie svantaggiate, con particolare riferimento a forme di erogazione e svolgimento di servizi che privilegiano la libera scelta e l'auto orientamento in una logica di collaborazione e di coamministrazione.

2. Le attività di cui al comma 1 non ricomprendono quelle inerenti al servizio sanitario nazionale e quelle a carattere economico - imprenditoriale di cui all'articolo 2195 del Codice Civile, e sono realizzate con risorse degli enti pubblici o dei privati disposti a finanziarle.

Articolo 5

Promozione

1. Nel rispetto dei principi statali e comunitari di coordinamento della finanza pubblica, la Regione favorisce lo svolgimento di attività di interesse generale da parte dei soggetti di cui all'articolo 3.

2. La Regione favorisce l'applicazione dei principi di cui all'articolo 1 da parte di Province, Comuni e altri Enti locali, singoli o associati, e Autonomie funzionali.

3. Il Consiglio regionale, ogni tre anni, organizza una assemblea regionale aperta a tutti i cittadini, con il coinvolgimento degli organi istituzionali, delle organizzazioni, delle associazioni e degli agenti del terzo settore, al fine di individuare linee di indirizzo per l'attuazione della presente legge e verificarne la realizzazione degli obiettivi.

Articolo 6

Procedimento amministrativo

1. Gli enti pubblici di cui all'art. 1 possono finanziare, con provvedimenti dei rispettivi organi di governo, le iniziative previste dalla presente legge.

2. I progetti relativi alle attività di cui al comma 1 indicano:

- a) il tipo di servizio e di prestazioni che si intende erogare;
- b) la struttura organizzativa da impiegare per l'esercizio dell'attività;

- c) le tipologie contrattuali di lavoro o di volontariato gratuito che si intendono utilizzare;
- d) i livelli di qualità dei servizi e delle prestazioni e i relativi costi;
- e) ogni altro dato utile ai fini della valutazione della economicità, efficienza ed efficacia del servizio, delle prestazioni e dei benefici sull'attività amministrativa.

Articolo 7

Sistemi di monitoraggio

1. La Giunta regionale definisce i sistemi di monitoraggio delle attività previste dalla presente legge, le verifiche ed i controlli, anche in collaborazione con gli enti locali interessati, delle attività sussidiate ai sensi della presente legge.
2. La Giunta regionale con relazione annuale riferisce al Consiglio regionale sulla attuazione della presente legge.

EMILIA-ROMAGNA

DGR 3.10.16, n. 1554 - Piano per gli interventi economici destinati al sostegno e alla qualificazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale di rilevanza regionale per il biennio 2016-2017. (BUR n. 298 del 7.10.16)

Viene approvato il “Piano per gli interventi economici destinati al sostegno e alla qualificazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale di rilevanza regionale per il biennio 2016-2017”, di cui all'Allegato “A” che forma parte integrante della presente deliberazione;

Vengono altresì approvati:

- i criteri per la valutazione dei progetti candidati ai contributi di cui all'art. 9, comma, 1 della L.R. n. 12/2005 e ss.mm., di cui all'Allegato “B” che forma parte integrante della presente deliberazione;
 - i criteri per la valutazione dei progetti candidati ai contributi di cui all'art. 9, comma, 1 della L.R. n. 34/2002 e ss.mm., di cui all'Allegato “C” che forma parte integrante della presente deliberazione;
- Le risorse finanziarie necessarie all'attuazione del presente provvedimento, pari a complessivi € 225.000,00,

Allegato A

Piano per gli interventi economici destinati al sostegno e alla qualificazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale di rilevanza regionale per il biennio 2016- 2017.

1. Premessa

Si ritiene opportuno definire un unico Piano per gli interventi economici destinati al sostegno e alla qualificazione delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale di rilevanza regionale, quali espressioni organizzate delle autonome iniziative dei cittadini, al fine di favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà e di consentire la programmazione e la realizzazione di interventi che possano rispondere a bisogni individuabili come rilevanti nell'attuale contesto sociale ed economico.

2. Destinatari

Destinatari degli interventi sono:

- a) le organizzazioni di volontariato iscritte nel registro regionale di cui alla L.R. n. 12/2005 e ss.mm., con prioritario riferimento ai Centri di servizio di cui al DM 08/10/1997;
- b) le associazioni di promozione sociale a rilevanza regionale che, alla data della deliberazione che approva il presente Piano, risultano iscritte da almeno un anno nel registro regionale di cui alla L.R. n. 34/2002 e ss.mm.

3. Contributi di cui all'art. 9, comma 1, della L.R. n. 12/2005

Ai sensi dell'art. 9, comma 1 della L.R. n. 12/2005, la Regione eroga contributi alle organizzazioni iscritte nel registro previsto dalla stessa legge regionale al fine di sostenere progetti d'interesse regionale volti alla diffusione delle buone pratiche del volontariato e per la sensibilizzazione dei cittadini all'attività di volontariato, con particolare riferimento ai giovani.

Tenuto conto delle disponibilità di bilancio e al fine di creare le condizioni per un'adeguata sostenibilità delle attività finanziate e di maggiore coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato dei diversi ambiti territoriali, questa Regione individua come prioritariamente finanziabili progetti volti alla sensibilizzazione dei cittadini all'attività di volontariato, con particolare riferimento a buone pratiche finalizzate al contrasto della povertà e della marginalità in cui siano coinvolti come protagonisti i giovani, e come destinatari dei contributi i Centri di servizio per il volontariato, costituiti ai sensi del DM 08/10/1997, anche in considerazione delle specifiche funzioni a loro attribuite dal medesimo decreto, confermate per altro dalla L. n. 106/2016, in quanto organizzazioni di volontariato iscritte nel registro regionale di cui alla L.R. n. 12/2005 e ss.mm.

I progetti presentati dai Centri di servizio saranno comunque ritenuti prioritari avendo ottenuto una valutazione almeno **pari ad 82 punti** secondo i criteri indicati nella tabella di cui all'Allegato "B" del presente atto formandone parte integrante e sostanziale.

Sarà condizione di premiabilità anche il coinvolgimento nella gestione dei progetti di altri soggetti privati non profit.

Viste le finalità di finanziamento, sarà condizione di particolare premiabilità il coinvolgimento diretto e non formale nella gestione dei progetti di istituzioni pubbliche.

E' finanziabile un solo progetto per ambito territoriale provinciale, gestito in rete con le organizzazioni di volontariato del territorio per il perseguimento delle finalità di cui sopra.

Al fine di ottimizzare le risorse i progetti presentati possono far riferimento alle aree collegiali di cui alla DGR n. 948/2010, ovvero ad un solo progetto gestito in rete a livello e con rilevanza regionale.

Le risorse finanziarie necessarie all'attuazione dell'intervento, pari a complessivi € 90.000,00, trovano copertura finanziaria sul cap. 57216 "Contributi alle organizzazioni di volontariato iscritte, per il sostegno di progetti d'interesse regionale volti alla diffusione delle buone pratiche del volontariato e per la sensibilizzazione dei cittadini, all'attività di volontariato, con particolare riferimento ai giovani (art. 9, comma 1, L.R. 21 febbraio 2005, n. 12), di cui:

- € 22.500,00 gestionale di previsione regionale 2016-2018, anno di previsione 2016;

- € 67.500,00 gestionale di previsione regionale 2016-2018, anno di previsione 2017

Tale disponibilità è suddivisa per territorio provinciale con esclusivo riferimento alla media tra la percentuale

calcolata sul numero delle organizzazioni di volontariato iscritte per ciascun territorio al 01/01/2016 e la popolazione residente in ciascun territorio sempre al 01/01/2016.

La somma disponibile di € 90.000,00, risulta pertanto così suddivisa:

Ambito territoriale Disponibilità 2016 € Disponibilità 2017 €

Bologna 4.784,87 14.354,60

Ferrara 1.877,72 5.633,16

Forlì-Cesena 2.170,37 6.511,12

Modena 3.278,56 9.835,69

Parma 2.606,43 7.819,28

Piacenza 1.605,70 4.817,11

Ravenna 2.103,95 6.311,85

Reggio Emilia 2.430,60 7.291,79

Rimini 1.641,80 4.925,40

Totale 22.500,00 67.500,00

Le somme assegnate e concesse rappresentano il 70% del totale delle spese ammissibili per ciascun progetto finanziato. Le quote di autofinanziamento (min. 30%) necessarie alla copertura totale delle spese di progetto, potranno anche essere interamente assicurate da soggetti pubblici e/o privati diversi dalle organizzazioni in rete per la gestione dei progetti.

I progetti presentati dovranno essere sottoscritti dai legali rappresentanti delle organizzazioni capofila richiedenti. Gli stessi legali rappresentanti dovranno dichiarare, ai sensi del DPR 445/2000, le organizzazioni che gestiranno in rete i progetti.

Sono ammissibili a contributo progetti avviati **non prima del 30/06/2016 o comunque da avviarsi tassativamente entro il 2016**. I progetti possono comprendere singole attività già in essere.

Non sono ammesse a finanziamento:

- spese sostenute per la gestione corrente e/o ordinaria di attività istituzionali;
- spese che comunque non siano inerenti o essenzialmente necessarie alla realizzazione del progetto presentato;
- spese che comportino l'aumento del patrimonio;
- spese per il miglioramento del patrimonio già esistente;
- spese derivanti dal calcolo di valorizzazione monetaria di servizi o attività.

I progetti presentati dovranno essere corredati da specifico piano economico da cui risultino in modo dettagliato e analitico le diverse voci di spesa imputabili alla realizzazione dei progetti e le modalità con cui si prevede la copertura di dette spese.

In particolare la realizzazione delle attività previste andrà descritta in un cronoprogramma sintetico con l'elencazione delle azioni e dei relativi costi riferiti alle azioni progettuali che si intendono realizzare nel 2016 e a quelle che si svilupperanno nel 2017. **Le azioni e i relativi costi previsti dalle attività progettuali riferite al 2016 non possono superare il 25% del contributo richiesto.**

Al fine di consentire di individuare con esattezza le spese ammissibili a contributo, si raccomanda la massima attenzione nel riportare nel piano economico dettagliatamente per ogni voce di spesa l'importo e la relativa descrizione.

Le spese non dettagliatamente descritte potrebbero essere imputate tra quelle non ammissibili.

Le domande di ammissione ai finanziamenti dovranno essere redatte riportando:

- gli estremi del proponente;
- gli estremi del legale rappresentante dell'organizzazione proponente;
- gli estremi di un responsabile referente per il progetto;
- l'elenco delle organizzazioni partner nella realizzazione del progetto;
- l'elenco di eventuali altri soggetti pubblici o privati partner nella realizzazione del progetto;
- titolo del progetto;
- obiettivi e descrizione analitica del progetto;
- destinatari del progetto;
- costi e tempi di realizzazione dei progetti descritti in un cronoprogramma sintetico;
- luoghi di realizzazione;
- la quota di spesa a carico del proponente e di altri soggetti partner;
- risorse umane e strumentali impiegate;
- piano economico così come su descritto.

La concessione dei finanziamenti sarà determinata in base a graduatorie stilate sulla base di valutazione collegiale secondo le modalità di cui all'Allegato "B".

Le domande dovranno essere trasmesse alla Regione Emilia Romagna, Servizio "Coordinamento politiche sociali e socio educative. Programmazione e sviluppo del sistema dei servizi." Viale Aldo Moro, 21 – 40127 Bologna, recando sulla busta la dicitura "Domanda per l'ammissione ai contributi di cui all'art. 9, comma 1 della L.R. 12/2005" **entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente bando sul BURERT.**

Le domande inviate per posta ordinaria saranno ritenute valide se arrivate entro i termini di scadenza del bando, ovvero se comunicate anche via mail (mario.ansaloni@regione.emilia-romagna.it) entro i termini di scadenza del bando.

Previa istruttoria condotta dal Servizio regionale competente, il Dirigente responsabile del medesimo Servizio provvederà con propri atti formali, nel rispetto dei principi e postulati sanciti dal D.lgs. n. 118/2011 e ss.mm., all'individuazione delle iniziative ammesse a contributo, all'esatta quantificazione, assegnazione e concessione dei contributi, alla contestuale assunzione dei relativi impegni di spesa sugli esercizi finanziari 2016 e 2017 con riferimento ai cronoprogrammi di spesa dei progetti ammessi e nei limiti delle disponibilità finanziarie.

La liquidazione dei contributi avverrà secondo le seguenti modalità:

acconto: fino al 25% del contributo complessivo concesso che verrà liquidato a seguito di rendicontazione delle spese **sostenute nel 2016 da trasmettere entro il 31/01/2017**;

saldo: a conclusione del progetto, che dovrà avvenire **entro e non oltre il 31/12/2017**, a seguito di rendicontazione finale delle spese relative al progetto ammesso a contributo, che deve essere trasmessa entro il 31/01/2018, su presentazione di dichiarazione, resa ai sensi dell'art. 47 e ss. del D.P.R. 445/2000 dal legale rappresentante del Centro, attestante l'avvenuta attuazione di tutte le attività progettuali ammessa a contributo e recante l'elencazione analitica delle spese complessivamente sostenute e i dati della documentazione che comprova tali spese, nonché una relazione da cui risultino le modalità di attuazione dell'iniziativa ed i risultati quantitativi e qualitativi raggiunti.

La Regione si riserva di richiedere la documentazione delle spese per un periodo non superiore a cinque anni dall'erogazione del contributo e di attuare i controlli di cui alla deliberazione n. 109/2010.

Nell'ipotesi in cui l'ammontare delle spese ammissibili effettivamente sostenute per la realizzazione di ogni progetto ammesso a contributo risultasse inferiore alla spesa prevista ritenuta ammissibile per lo stesso progetto, la Regione, valutata comunque l'entità del finanziamento erogato, si riserva di procedere all'eventuale recupero della quota proporzionale di contributo erogata in eccedenza.

Qualora il progetto non fosse realizzato o realizzato in modo difforme da quanto presentato in sede di richiesta di contributo, la Regione si riserva di revocare in parte o in toto il contributo concesso.

L'elenco dei progetti approvati sarà pubblicato sul BURERT e sul sito internet della Regione all'indirizzo <http://sociale.regione.emilia-romagna.it> e comunicato per iscritto ai Centri interessati.

4. Contributi di cui all'art. 9, comma 1, della L.R. n. 34/2002

Ai fini dell'art. 9, comma 1 della L.R. 9 dicembre 2002, n. 34, la Regione assegna contributi finanziari alle associazioni a rilevanza regionale iscritte nel registro di cui alla medesima legge.

Le risorse finanziarie necessarie all'intervento, pari a complessivi € 135.000,00, trovano copertura finanziaria sul cap. 57705 "Contributi alle associazioni di promozione sociale iscritte nel registro regionale per la realizzazione di progetti specifici di interesse e diffusione regionale (art. 9, comma 1, L.R. 9 dicembre 2002, n. 34), di cui:

- €. 33.750,00 gestionale di previsione regionale 2016-2018, anno di previsione 2016;
- €. 101.250,00 gestionale di previsione regionale 2016-2018, anno di previsione 2017

Le risorse sono finalizzate:

a. per € 95.000,00 al sostegno di progetti strategici di interesse e diffusione regionale finalizzati al contrasto della povertà e della marginalità, ed in particolare a:

sperimentare approcci di intervento innovativi da realizzare in raccordo con i servizi sociali dei comuni in una logica di complementarità con le misure nazionali, regionali, locali esistenti, in particolare, rispetto ai seguenti obiettivi:

1. sostegno all'occupabilità e alla partecipazione al mercato del lavoro –nell'ambito di percorsi integrati e multidimensionali di inclusione attiva rivolti a persone e famiglie vulnerabili, con particolare riferimento al sostegno relazionale ed educativo;

2. prevenzione e riduzione della marginalità estrema, anche attraverso la sperimentazione di soluzioni abitative innovative e di misure di sostegno ed accompagnamento ad esse collegate, nonché di interventi di pronto intervento/bassa soglia;

3. risposta ai bisogni alimentari e di beni di prima necessità, delle persone/famiglie in condizioni di povertà anche attraverso la raccolta e redistribuzione delle eccedenze alimentari, il contrasto allo spreco, la diffusione di buone pratiche orientate ad una cultura della solidarietà e della sobrietà, l'educazione al consumo;

promuovere la costituzione di reti informali e sostenere le attività della società civile volte a creare inclusione sociale e sostegno alle persone più vulnerabili,

promuovere stili di vita e valori positivi, con particolare riferimento alle giovani generazioni, in grado di aumentare la coesione sociale e innescare dinamiche di cambiamento in contesti con evidenti stati di disagio, di marginalità e povertà;

sperimentare strumenti e percorsi di coordinamento fra i diversi soggetti, pubblici e privati, in materia di contrasto alla povertà e all'esclusione;

promuovere la diffusione e la valorizzazione di esperienze virtuose in riferimento alle azioni di cui sopra;

b. per € 40.000,00 delle spese ritenute ammissibili, al sostegno di progetti sperimentali e strategici di interesse e diffusione regionale finalizzati alla promozione e al supporto delle associazioni di promozione sociale, ed in particolare:

all'avvio di percorsi per la definizione del sistema dei centri di servizio previsti dall'art. 9 della L.R. n. 34/2002, così come modificato con L.R. n. 11/2016;

alla diffusione delle buone pratiche dell'associazionismo e per la sensibilizzazione dei cittadini alle attività associative con particolare riferimento ai giovani.

A fine di garantire l'adeguata sostenibilità dei progetti, i proponenti dovranno tener conto che i progetti ammissibili saranno finanziati con una quota parte regionale non superiore al 70% delle spese ritenute ammissibili e fino ad un importo massimo di € 25.000,00 per i progetti di cui alla precedente lettera "a" ed € 20.000,00 per i progetti di cui alla precedente lettera "b".

Di tali progetti saranno valutati con priorità quelli che prevedono la gestione in rete tra più associazioni a rilevanza regionale iscritte.

Sarà condizione di premiabilità anche il coinvolgimento nella gestione dei progetti di altre associazioni con rilevanza locale iscritte, ovvero altri soggetti privati non profit.

Viste le finalità di finanziamento, sarà condizione di particolare premiabilità il coinvolgimento diretto e non formale nella gestione dei progetti di istituzioni pubbliche.

Tutte le collaborazioni dovranno essere adeguatamente certificate dai soggetti partner.

Restano esclusi dal finanziamento i progetti riguardanti le specifiche attività (sociali, sportive, culturali, ecc.) attraverso cui si realizzano i fini istitutivi delle varie associazioni, nonché le ricerche, gli studi relativi a dette attività specifiche attualmente svolte dalle associazioni.

Sono ammissibili a contributo progetti avviati **non prima del 30/06/2016 o comunque da avviarsi tassativamente entro il 2016**. I progetti possono comprendere singole attività già in essere.

I progetti presentati dovranno essere corredati da specifico piano economico da cui risultino in modo dettagliato e analitico le diverse voci di spesa imputabili alla realizzazione dei progetti e le modalità con cui si prevede la copertura di dette spese.

In particolare la realizzazione delle attività previste andrà descritta in un cronoprogramma sintetico con l'elencazione delle azioni e dei relativi costi riferiti alle azioni progettuali che si intendono realizzare nel 2016 e a quelle che si svilupperanno nel 2017. **Le azioni e i relativi costi previsti dalle attività progettuali**

riferite al 2016 non possono superare il 25% del contributo richiesto.

La domanda di contributo dovrà essere corredata di una dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000, sottoscritta dal legale rappresentante dell'associazione richiedente attestante:

l'associazione capofila;

i soggetti partner;

le iniziative e l'impegno economico che saranno a carico dell'associazione capofila o dei soggetti partner.

La domanda dovrà contenere l'impegno di ogni soggetto partner a riconoscere all'associazione capofila la rappresentanza legale per l'esecuzione del progetto e, in caso di finanziamento, il potere di incassare il contributo.

Al fine di consentire di individuare con esattezza le spese ammissibili a contributo, si raccomanda la massima attenzione nel riportare nel piano economico dettagliatamente per ogni voce di spesa l'importo e la relativa descrizione.

Le spese non dettagliatamente descritte potrebbero essere comunque imputate tra quelle non ammissibili.

Le risorse finanziarie messe a disposizione del proponente dovranno comunque garantire la copertura delle spese ammissibili nella misura minima del 30%. Il proponente dovrà specificare

inoltre la fonte da cui derivano le risorse finanziarie messe a disposizione, anche oltre quelle delle associazioni in rete trattandosi di progetto gestito in forma di partenariato.

Non sono ammesse a finanziamento:

- spese imputabili ad altre leggi regionali;
- spese che non siano direttamente imputabili alle attività di progetto;
- spese sostenute per la gestione corrente e/o ordinaria delle attività istituzionali del soggetto richiedente o dei partner;
- spese che comportino aumento di patrimonio;
- spese per il miglioramento del patrimonio già esistente;
- spese per personale con rapporto economico con l'associazione proponente o con le associazioni partner che superino il 15% del costo totale del progetto o che non siano direttamente imputabili allo stesso.

Non saranno ammessi a finanziamento progetti che non prevedano quote di autofinanziamento da parte dei soggetti proponenti.

La concessione dei finanziamenti sarà determinata in base a graduatorie stilate sulla base di valutazione collegiale secondo le modalità di cui all'Allegato "C".

Le graduatorie approvate verranno pubblicate sul BURERT e sul sito internet della Regione all'indirizzo <http://sociale.regione.emilia-romagna.it> e verranno comunicate per iscritto alle associazioni che hanno presentato istanza.

La graduatoria dei progetti ammessi sarà stilata tenuto conto:

- degli obiettivi progettuali dettati;
- del livello di diffusione regionale;
- del livello di costituzione della rete gestionale;
- del livello del coinvolgimento di altri soggetti nella gestione in rete;
- del livello di coinvolgimento dei soggetti destinatari della progettualità;
- dell'adeguatezza del piano di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- del livello di autofinanziamento del progetto.

La richiesta di ammissione a contributo deve essere indirizzata alla Regione Emilia Romagna – Servizio "Coordinamento politiche sociali e socio educative. Programmazione e sviluppo del sistema dei servizi" - v.le

Aldo Moro n. 21, 40127 Bologna.

La richiesta, in regola con le vigenti norme sull'imposta di bollo, deve essere sottoscritta dal legale rappresentante dell'associazione interessata e da tutti i legali rappresentanti delle associazioni partner.

La domanda deve essere redatta riportando:

- gli estremi del legale rappresentante dell'associazione proponente;
- gli estremi dell'associazione proponente (denominazione, sede, e-mail, telefono, codice fiscale);
- gli estremi di un responsabile referente per il progetto;
- titolo del progetto;
- l'elenco delle associazioni partner nella realizzazione del progetto in rete;
- l'elenco delle istituzioni pubbliche partner nella realizzazione del progetto in rete;
- l'elenco di eventuali altri soggetti non profit partner nella realizzazione del progetto;
- l'ambito operativo di riferimento;
- descrizione analitica delle fasi di attuazione del progetto;
- destinatari del progetto;
- costi e tempi di realizzazione dei progetti descritti in un cronoprogramma sintetico;
- luoghi di realizzazione;
- risorse umane e strumentali impiegate;
- la quota di spesa a carico dell'associazione proponente e di altri soggetti partner;
- piano economico così come su descritto.

I progetti dovranno pervenire **entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente bando sul**

BURERT.

Le domande inviate per posta ordinaria saranno ritenute valide se arrivate entro i termini di scadenza del bando, ovvero se comunicate anche via mail (mario.ansaloni@regione.emilia-romagna.it) entro i termini di scadenza del bando.

L'entità dei finanziamenti, determinata in misura percentuale fino alla concorrenza massima del 70% delle spese ritenute ammissibili, con variazioni connesse ad arrotondamenti, non potrà eccedere in ogni caso la somma necessaria per completare il finanziamento dell'iniziativa tenuto conto delle risorse impegnate dall'associazione e di eventuali altri contributi pubblici o privati.

Qualora l'importo complessivo dei finanziamenti assegnabili per il sostegno ai progetti ritenuti accoglibili superi l'ammontare massimo delle risorse destinate, i contributi erogabili a fronte di ogni progetto verranno rideterminati con riduzione percentuale omogenea in ragione del punteggio di graduatoria. Ciò, comunque, tenuto conto della necessità di garantire la sostenibilità dei progetti.

Non saranno ammessi a contributo i soggetti richiedenti che non hanno presentato regolare rendicontazione a seguito di assegnazione di precedenti contributi regionali e i soggetti che non hanno ottemperato a procedure attivate dalla Regione per la verifica del permanere dei requisiti necessari all'iscrizione nel registro regionale di cui all'art. 4, comma 1 della L.R. n. 34/2002.

Il Dirigente regionale competente provvederà con propri atti formali, nel rispetto dei principi e postulati sanciti dal D.lgs. n. 118/2011 e ss.mm. e tenuto conto delle graduatorie di cui sopra, all'individuazione delle iniziative ammesse a contributo, all'esatta quantificazione, assegnazione e concessione dei contributi, alla contestuale assunzione dei relativi impegni di spesa sugli esercizi finanziari 2016 e 2017 con riferimento ai cronoprogrammi di spesa dei progetti ammessi e nei limiti delle disponibilità finanziarie.

La liquidazione dei contributi avverrà secondo le seguenti modalità:

acconto: fino al 25% del contributo complessivo concesso che verrà liquidato a seguito di rendicontazione delle spese **sostenute nel 2016 da trasmettere entro il 31/01/2017**;

saldo: a conclusione del progetto, che dovrà avvenire **entro e non oltre il 31/12/2017**, a seguito di rendicontazione finale delle spese relative al progetto ammesso a contributo, che deve essere trasmessa entro il 31/01/2018, su presentazione di dichiarazione, resa ai sensi dell'art. 47 e ss. del D.P.R. 445/2000 dal legale rappresentante dell'associazione, attestante l'avvenuta attuazione di tutte le attività progettuali ammessa a contributo e recante l'elencazione analitica delle spese complessivamente sostenute e i dati della documentazione che comprova tali spese, nonché una relazione da cui risultino le modalità di attuazione dell'iniziativa ed i risultati quantitativi e qualitativi raggiunti.

La Regione si riserva di richiedere la documentazione delle spese per un periodo non superiore a cinque anni dall'erogazione del contributo e di attuare i controlli di cui alla deliberazione n. 1899/2011.

Nell'ipotesi in cui l'ammontare delle spese ammissibili effettivamente sostenute per la realizzazione di ogni progetto ammesso a contributo risultasse inferiore alla spesa prevista ritenuta ammissibile per lo stesso progetto, la Regione si riserva di procedere al recupero della quota proporzionale di contributo erogata in eccedenza.

5. Referenti regionali

I funzionari regionali referenti per il presente Piano sono:

Giulio Dall'Orso

tel. 051/5277434

fax 051/5277080

e-mail: giulio.dallorso@regione.emilia-romagna.it

Mario Ansaloni

tel. 051/5277532

fax 051/5277080

e-mail: mario.ansaloni@regione.emilia-romagna.it

Allegato B

Criteri per la valutazione dei progetti candidati ai contributi di cui all'art. 9, comma, 1 della L.R. n.

12/2005 e ss.mm.

Criterio Punteggio Punteggio

parziale

Coeff.

ponderale

Punteggio

massimo

Pertinenza con le priorità e gli ambiti di intervento da 0 a 8 punti 8 punti 3 24

Forme di partenariato e collaborazione

livello di partecipazione alla gestione del progetto in rete tra più organizzazioni (fino a 5 punti a seconda del numero e della qualità delle collaborazioni documentate);

livello di coinvolgimento diretto e non formale nella gestione del progetto di istituzioni pubbliche (fino a 6 punti a seconda del numero e della qualità delle collaborazioni documentate);

livello di coinvolgimento nella gestione del progetto di altri soggetti privati non profit (fino a 2 punti a seconda del numero e della qualità delle collaborazioni documentate);

da 0 a 5 punti

da 0 a 6 punti

da 0 a 3 punti

5 punti

6 punti

3 punti

3

3

3

15

18

9

Qualità progettuale

degli obiettivi progettuali individuati;

della coerenza delle azioni con gli obiettivi;

del livello di coinvolgimento dei soggetti destinatari della progettualità;

ampiezza della platea dei soggetti destinatari della progettualità

dell'adeguatezza del piano di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi prefissati;

del livello di autofinanziamento del

progetto (30% del costo totale 0 punti;

superiore al 30% fino a 2 punti a seconda dell'entità dell'autofinanziamento)

da 0 a 4 punti

da 0 a 3 punti

da 0 a 3 punti

da 0 a 3 punti

da 0 a 3 punti

da 0 a 2 punti

da 0 a 2 punti

4 punti

3 punti

3 punti

3 punti

2 punti

2 punti

33

3
3
3
3
12
9
9
9
6
6
117

Allegato C

Criteria per la valutazione dei progetti candidati ai contributi di cui all'art. 9, comma, 1 della L.R. n.

34/2002 e ss.mm.

Criterio Punteggio Punteggio

parziale

Coeff.

ponderale

Punteggio

massimo

Pertinenza con le priorità e gli ambiti di intervento da 0 a 8 punti 8 punti 3 24

Forme di partenariato e collaborazione

livello di partecipazione alla gestione del progetto in rete tra più associazioni a rilevanza regionale iscritte (fino a 5 punti a seconda del numero e della qualità delle collaborazioni documentate);

livello di coinvolgimento diretto e non formale nella gestione del progetto di istituzioni pubbliche (fino a 6 punti a seconda del numero e della qualità delle collaborazioni documentate);

livello di coinvolgimento nella gestione del progetto di altre associazioni con rilevanza locale iscritte (fino a 3 punti a seconda del numero e della qualità delle collaborazioni documentate);

livello di coinvolgimento nella gestione del progetto di altri soggetti privati non profit (fino a 2 punti a seconda del numero e della qualità delle collaborazioni documentate);

da 0 a 5 punti

da 0 a 6 punti

da 0 a 3 punti

da 0 a 2 punti

5 punti

6 punti

3 punti

2 punti

3

3

3

3

15

18

9

6

Qualità progettuale

degli obiettivi progettuali individuati;

della coerenza delle azioni con gli obiettivi;

- del livello di coinvolgimento dei soggetti destinatari della progettualità;
- ampiezza della platea dei soggetti destinatari della progettualità
- dell'adeguatezza del piano di monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- del livello di autofinanziamento del progetto (30% del costo totale 0 punti; superiore al 30% fino a 2 punti a seconda dell'entità dell'autofinanziamento)

da 0 a 4 punti

da 0 a 3 punti

da 0 a 3 punti

da 0 a 3 punti

da 0 a 2 punti

da 0 a 2 punti

4 punti

3 punti

3 punti

3 punti

2 punti

2 punti

33

3

3

3

3

3

12

9

9

9

6

6

123

LAZIO

Determinazione 23 settembre 2016, n. G10688 - Leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni cooperativa "Ariel società cooperativa sociale" codice fiscale 02822460594, con sede legale nel comune di Cisterna di Latina, via Rosolino Pilo, 7 c.a.p. 04012 (Lt). Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione B. (BUR n. 80 del 6.10.16)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "Ariel società cooperativa sociale" codice fiscale 02822460594, con sede legale nel comune di Cisterna di Latina, via Rosolino Pilo, 7 c.a.p. 04012 (Lt) all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n. 30 sezione B a far data del 15 dicembre 2015.

Determinazione 23 settembre 2016, n. G10689 - leggi regionali del 27 giugno 1996, n. 24 e del 20 ottobre 1997, n. 30 e successive modifiche ed integrazioni cooperativa "Giorni migliori società cooperativa sociale a r.l. - onlus" codice fiscale 12313201001, con sede legale nel comune di Roma via Benedetto Croce, 97 c.a.p. 00142. Iscrizione all'albo regionale delle cooperative sociali sezione A. (BUR n. 80 del 6.10.16)

Note

Viene disposta l'iscrizione della "Giorni migliori società cooperativa sociale a r.l. - onlus" codice fiscale 12313201001, con sede legale nel comune di Roma via Benedetto Croce, 97 c.a.p. 00142 all'albo regionale delle cooperative sociali di cui all'articolo 3 della legge regionale del 27 giugno 1996, n. 24 come modificata dalla legge regionale 20 ottobre 1997, n 30 sezione A a far data del 29 maggio 2014.

Determinazione 6 ottobre 2016, n. G11400 - Registro regionale persone giuridiche private. Iscrizione del nuovo Statuto della Fondazione "Asilo Cavalsassi", con sede in Roma. (BUR n. 82 del 13.10.16)

Note

Viene iscritto nel Registro regionale delle persone giuridiche private il nuovo Statuto della Fondazione "Asilo Cavalsassi", con sede in Roma.

LOMBARDIA

DD 30.9.16 - n. 9566 - Bando «Leva civica volontaria regionale anno 2015/2016 (dds 6017 del 16 luglio 2015) - Differimento del termine per la rendicontazione della spesa (BUR n. 40 del 4.10.16)

Note

Gli Enti beneficiari del contributo regionale hanno segnalato malfunzionamenti nel sistema informativo SIAGE, per cui non risulta possibile presentare la rendicontazione della spesa, nei termini e con le modalità stabilite dal bando.

Il termine per la presentazione della rendicontazione della spesa mediante il sistema informativo SIAGE, previsto dall'articolo 11, secondo capoverso, del bando «Leva civica volontaria regionale anno 2015/2016», approvato con d.d.s. 6017 del 16 luglio 2015, è differito improrogabilmente al 7 ottobre 2016, pena la revoca del contributo e conseguente restituzione della somma percepita.

PSICOLOGI

UMBRIA

DAL 27.9.16, n. 116 - Risoluzione - "Attuale situazione degli psicologi in Umbria e nel Servizio sanitario regionale; criticità emerse dall'audizione dei rappresentanti dell'Ordine degli psicologi dell'Umbria - Adozione di iniziative da parte della Giunta regionale". (BUR n. 48 del 12.10.16)

L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA

LA III COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE

Premesso che:

- in data 8 giugno 2016 la III Commissione ha audito i rappresentanti dell'Ordine degli psicologi dell'Umbria in merito alla attuale situazione di tale categoria professionale nella regione e nel Servizio sanitario regionale;

Considerato che i rappresentanti dell'ordine

- hanno sottolineato l'importanza della professione dello psicologo come servizio alla comunità regionale per garantire la salute e il benessere della persona, quali elementi che dipendono in modo significativo anche da fattori psicologici e soggettivi che condizionano i processi adattativi, comportamentali, relazionali ed emotivi;

- hanno reso noto l'aumento in Umbria del disagio psicologico, nelle diverse forme che assume, legato ai problemi della vita, del lavoro, dell'economia, della convivenza, dell'adolescenza, ma anche della malattia fisica e delle diverse forme di fragilità, marginalità e solitudine;

- hanno ricordato come dai dati ISTAT 2014 si evinca che i giovani umbri stanno peggio dal punto di vista psicologico e che l'Umbria è ai primi posti in Italia per il consumo di antidepressivi, mentre per il consumo di ansiolitici è poco al di sotto della media nazionale;
- hanno evidenziato che a fronte di una elevata richiesta dell'opera dei professionisti psicologi, in Umbria non vi è una adeguata risposta né un corretto utilizzo di tali operatori nel Servizio sanitario regionale;
- hanno reso noto che in Umbria operano circa 900 psicologi i quali tuttavia, nonostante si occupino del sostegno e della cura alle persone a vari livelli (interventi per stati di disagio, malattia, condizioni di cronicità nelle malattie degenerative, disabilità, fragilità, prevenzione e promozione del benessere e della salute, potenziamento e sviluppo delle risorse individuali e collettive nel campo del lavoro, dell'educazione, delle relazioni familiari e sociali), operano prevalentemente a titolo privatistico e volontaristico, per lo più grazie ai finanziamenti provenienti dai privati e dalle associazioni di volontariato;
- hanno ricordato che di 900 psicologi iscritti all'Ordine professionale dell'Umbria, solamente 100 operano nel Servizio sanitario regionale;
- hanno sottolineato che, inoltre, i professionisti psicologi operano senza alcuna integrazione nelle politiche sanitarie regionali, mentre l'attivazione di forme di collaborazione tra pubblico e privato, anche mediante l'istituzione di forme organizzative in grado di ottimizzare le competenze psicologiche, nonché una politica per la salute basata anche su di una adeguata considerazione degli aspetti psicologici, accanto a quelli medici, consentirebbero ai cittadini di trovare risposte più complete ed efficaci, di poter usufruire più facilmente dell'assistenza psicologica, a partire dal contesto delle cure primarie fino all'ambito ospedaliero;
- hanno reso noto che, proprio per garantire il benessere psicologico di qualità della medicina di base, nel 2015 l'Ordine degli psicologi dell'Umbria ha presentato al Servizio regionale competente il progetto "PSICUP" (Psicologia nelle Cure Primarie) il quale prevede l'inserimento, in fase sperimentale, dello "psicologo di base" nelle due Case della Salute di Marsciano e Trevi, ciò al fine di fornire un primo livello di servizi e cure psicologiche di qualità, accessibile, efficace ed integrato con gli altri servizi sanitari, a costi contenuti e con una rapida presa in carico del paziente;
- hanno evidenziato che progetti simili sono già operativi con successo nelle regioni Piemonte, Veneto, Toscana, Lazio e Marche, ma che ad oggi, nonostante siano state fatte diverse riunioni con i soggetti coinvolti e sia stato espresso parere favorevole da parte delle due AUSL, il progetto "PSICUP" presentato alla Regione Umbria non è ancora stato attivato;
- hanno sottolineato anche l'importanza dell'opera dei professionisti psicologi nei servizi sociali, quali i servizi dell'infanzia e i servizi comunali, dove gli psicologi fronteggiano le problematiche minorili, dei disabili, degli anziani, delle donne vittime di violenza, nonché le fragilità familiari, genitoriali e il tema dell'immigrazione, opera che però viene fornita con scarso personale e senza l'esistenza di linee guida uniformi che coordinino detti interventi, integrandoli fra loro e indicandone l'ordine di priorità;
- hanno fatto presente che tale obiettivo potrebbe essere conseguito mediante l'inserimento della figura dello psicologo nella pianificazione sociale regionale ed eventualmente mediante l'istituzione di unità multidisciplinari competenti per i vari settori di intervento, ciò soprattutto affinché i bisogni psicologici vengano valutati e affrontati quando si trovano ancora ad uno stadio iniziale, così evitando che esplodano nelle malattie mentali, fino ad arrivare alle varie forme di devianza;
- hanno evidenziato inoltre l'importanza e la necessità di implementare l'apporto dell'opera dei professionisti psicologi nell'ambito scolastico, ad oggi sottodimensionato, ciò al fine di garantire la salute a scuola, promuovere comportamenti pro-sociali per contrastare il fenomeno del bullismo, promuovere azioni a supporto dell'orientamento scolastico, nonché costruire buone prassi in relazione ai bisogni formativi degli studenti, soprattutto per contrastare l'abbandono scolastico;
- hanno reso noto che con delibera della Giunta regionale n. 364 del 27 marzo 2015 ("Indirizzi sulle attività di Psicologia nel Servizio sanitario regionale") è stato avviato un percorso di integrazione tra le attività che riguardano la Psicologia e le discipline sanitarie e sociali nelle diverse fasi

d'intervento sulla persona, a partire dalla diagnosi, al trattamento e alla riabilitazione, valorizzando la presenza della Psicologia nel sistema dei servizi, nonché istituendo un percorso di programmazione della psicologia nei vari ambiti in cui si articola l'organizzazione sanitaria;

- hanno ricordato che la delibera citata si propone la finalità di attuare la necessaria collaborazione con la competente Direzione regionale per l'implementazione e il raccordo delle attività psicologiche in relazione alla programmazione regionale, di promuovere un idoneo coordinamento nelle diverse Aziende sanitarie per le attività psicologiche e, soprattutto, ha incaricato le Direzioni delle Aziende Sanitarie di attivare aree funzionali di Psicologia in ciascuna Azienda, quali forme strutturali di coordinamento per le attività psicologiche;

- hanno reso noto che, tuttavia, ad oggi quanto indicato nella delibera regionale n. 364/2015 non è stato ancora attuato né nelle due AUSL, né nelle due Aziende ospedaliere di Perugia e Terni, se non solo parzialmente nella AUSL 1 e nell'Azienda ospedaliera di Terni.

Tutto ciò premesso e considerato,

IMPEGNA

LA GIUNTA REGIONALE

1) ad adottare politiche per la salute basate sulla adeguata considerazione degli aspetti psicologici e dell'attività dei professionisti psicologi, anche istituendo forme organizzative in grado di ottimizzare le competenze psicologiche, per consentire ai cittadini di trovare risposte più integrate, complete ed efficaci, e di poter accedere in modo più facile e diretto all'assistenza psicologica, dalle cure primarie fino all'ambito ospedaliero;

2) a valutare come attivare nuove forme di collaborazione tra pubblico e privato che forniscano risposte innovative ai problemi nei diversi ambiti ove si rende necessario l'intervento dell'opera dello psicologo e ad adottare una adeguata azione di monitoraggio per implementare le politiche e i programmi regionali, e garantire una collaborazione attiva tra tutti i soggetti coinvolti;

3) ad attivare il progetto "PSICUP" (Psicologia nelle Cure Primarie) per l'inserimento dello "psicologo di base" nelle due Case della Salute di Marsciano e Trevi, al fine di fornire un primo livello di servizi e cure psicologiche di qualità, accessibile, efficace ed integrato con gli altri servizi sanitari, a costi contenuti e con una rapida presa in carico del paziente;

4) a dare piena attuazione ai contenuti della delibera della Giunta regionale n. 364 del 27 marzo 2015 (Indirizzi sulle attività di Psicologia nel Servizio sanitario regionale), soprattutto assicurando che le due AUSL e le due Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni adempiano a quanto previsto dalla citata delibera con riferimento all'attivazione di aree funzionali di psicologia in ciascuna Azienda quali forme strutturali di coordinamento per le attività psicologiche;

5) ad attivare reti psicologiche regionali per le malattie cronico degenerative adottando modelli di reale integrazione tra le varie discipline coinvolte in tali problematiche;

6) a rafforzare la presenza degli psicologi nei servizi sociali per sviluppare una efficace rete di sostegno psicologico ai minori, alla donna, alla famiglia, ai disabili, agli anziani e agli immigrati, mediante:

- l'adozione di programmi ed azioni di concertazione tra il servizio sanitario regionale, i servizi sociali e le strutture coinvolte;

- l'adozione di linee guida uniformi che coordinino detti interventi integrandoli fra loro e indicandone l'ordine di priorità;

- l'inserimento della figura dello psicologo nella pianificazione sociale regionale;

- l'istituzione di unità multidisciplinari competenti per i vari settori di intervento;

7) a favorire processi per implementare la presenza degli psicologi nella Scuola per garantire la salute degli studenti, prevenire il fenomeno del bullismo e promuovere azioni a supporto dell'orientamento formativo soprattutto per contrastare l'abbandono scolastico;

8) ad attivare progetti formativi sulle problematiche dell'integrazione dei servizi sociali e socio-sanitari, allo scopo di costruire una cultura comune nella definizione di percorsi di tutela e di sostegno volti al conseguimento del benessere globale dell'individuo.

PROGRAMMAZIONE

EMILIA-ROMAGNA

DAL 27.9.16, n. 93 - Documento di economia e finanza regionale DEFR 2017 con riferimento alla programmazione 2017-2019. (Proposta della Giunta regionale in data 28 giugno 2016, n. 1016). (BUR n. 299 del 10.10.16)

Vengono approvate le proposte contenute nella deliberazione della Giunta regionale, progr. n. 1016 del 28 giugno 2016, sopra citata e qui allegata quale parte integrante e sostanziale.

NB

Considerata la complessità del Documento, che definisce le azioni di politica regionale in tutti i settori di propria competenza, e le relative azioni, si riportano le parti concernenti le politiche sociali, rinviando alla lettura integrale per le restanti parti.

Si riporta altresì la Presentazione e la Parte prima, riportandone gli aspetti ritenuti più significativi per PANORAMA LEGISLATIVO ISTISSS, omettendo comunque note e tabelle, per le quali si rinvia al testo integrale.

DEFR 2017

Presentazione

Per la terza volta dal suo insediamento, la Giunta della Regione Emilia-Romagna approva il Documento di Economia e Finanza Regionale – DEFR 2017, l'omologo a livello regionale del DEF nazionale.

Il DEFR, per le regioni, rappresenta pertanto l'atto programmatico fondamentale, i cui contenuti orientano tutte le successive deliberazioni della Giunta e dell'Assemblea Legislativa.

Le funzioni programmatica e informativa del documento sono strettamente connesse al bilancio; gli obiettivi strategici che esso illustra sono articolati secondo la stessa struttura adottata nel bilancio, ovvero per missioni e programmi, così come la normativa di riferimento richiede.

In questo modo il DEFR offre un quadro informativo chiaro degli interventi che la Giunta intende realizzare e, tramite le previsioni di bilancio, dà concretezza alla programmazione dell'azione di governo. Questo aiuta a evitare il rischio che la programmazione costituisca un semplice elenco di buone intenzioni.

Sempre per allontanare questo rischio, al DEFR sono attribuite dalla legge anche finalità di controllo sugli impatti delle politiche regionali, rappresentando il presupposto di uno schema di rendicontazione utile ai fini del controllo strategico.

Il DEFR 2017 illustra gli obiettivi strategici che l'ente si propone di perseguire nel periodo di programmazione 2017-2019, fornendo una puntuale informazione alle Autonomie e ai portatori di interessi. Il documento è predisposto in modo tale da consentire agli stakeholders di conoscere i risultati che l'ente si propone di conseguire, distintamente per missioni e programmi di bilancio.

In particolare, il documento evidenzia, per ciascun obiettivo strategico, gli impatti attesi sul sistema degli Enti locali, esplicitando il collegamento tra il quadro complessivo della programmazione regionale e la programmazione locale. Il legislatore nazionale, infatti, nel disciplinare il DUP per gli Enti locali, alla luce del principio dell'armonizzazione, impone che la Sezione Strategica del DUP sia definita in coerenza con le linee di indirizzo della programmazione regionale, oltre che con gli obiettivi di finanza pubblica definiti in ambito nazionale. Per ogni obiettivo vengono fornite le informazioni essenziali per comprenderne finalità, impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione, banche dati di interesse per approfondimenti, risultati attesi per il 2017 e l'intera legislatura.

Il DEFR 2017 si articola in 3 parti: la prima descrive il contesto in cui si trova a operare l'ente.

La II illustra gli obiettivi strategici di programmazione, distinti in 5 aree afferenti a diversi ambiti istituzionale, economico, sanitario e sociale, culturale e territoriale. Si tratta in tutto di 93 obiettivi strategici.

La III parte, infine, descrive gli indirizzi agli enti strumentali ed alle società controllate e partecipate che concorrono, ciascuno per il proprio ambito, alla produzione e all'erogazione di servizi funzionali allo sviluppo delle linee di governo.

L'attendibilità, congruità e coerenza, interna ed esterna, dei documenti di programmazione, tra cui il DEFR è sicuramente quello preminente, danno prova della affidabilità e credibilità dell'ente.

Assessora al Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Emma Petitti

PARTE I

Il contesto

1.1 QUADRO SINTETICO DEL CONTESTO ECONOMICO E FINANZIARIO DI RIFERIMENTO

1.1.1 Scenario economico-finanziario internazionale

Ormai da diversi anni l'economia mondiale continua ad espandersi ad un ritmo moderato. Nel 2015 il tasso di crescita si è assestato intorno al 3%, un valore che sarebbe lusinghiero per l'economia italiana ma che invece, per quella mondiale, è il più basso fra quelli registrati nell'ultimo decennio², se si esclude il picco negativo della Grande Recessione 2008-2009. Sono rallentate in particolare le economie di molti paesi emergenti, la cui crescita è in decelerazione da 5 anni, e quelle dei paesi esportatori di materie prime, le cui quotazioni continuano a ridursi³. Diverse economie avanzate, in particolare in Europa, hanno avuto solo una limitata accelerazione, sostenuta dalla crescita dei consumi ma fortemente contenuta dall'andamento della produttività e degli investimenti. Infine, lo scenario attuale e futuro dell'economia mondiale risulta ancora condizionato dai rischi collegati alle tensioni geopolitiche in diverse parti del mondo.

Tutto ciò si ripercuote sulla crescita del commercio mondiale e degli investimenti, che è prevista inferiore sia ai livelli del recente passato che alle previsioni degli anni scorsi. Riportiamo di seguito le previsioni del tasso di crescita del PIL del Fondo Monetario Internazionale (FMI) e dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE).

Le previsioni per il 2016 sono di una crescita ancora intorno al 3%. Solo l'anno scorso, la previsione per il 2016 era di una crescita del 3,5% (FMI) o del 3,7% (OCSE). Potrebbe sembrare una differenza marginale, ma a livello mondiale un rallentamento di mezzo punto percentuale è invece molto significativo.

Tab. 1

Tasso di crescita del PIL mondiale

(previsioni)

	FMI	OCSE
2016	3,1	3,0
2017	3,5	3,3
2018	3,6	n.d.

Fortunatamente, in una delle economie più importanti, quella degli **Stati Uniti**, continua un ciclo economico moderatamente espansivo. Per il 2016 la crescita è prevista intorno al 2% e si pensa che questo possa ulteriormente ridurre il tasso di disoccupazione⁴. La domanda è alimentata dalla spesa delle famiglie, sostenuta dalla crescita dei redditi reali⁵. In questo scenario, la *Federal Reserve* ha iniziato ad attuare l'annunciato restringimento della politica monetaria. Tuttavia, l'aumento dei tassi di interesse procede molto lentamente, a testimonianza delle incertezze che continuano a gravare sulla ripresa statunitense.

1 Le previsioni riassunte nelle tabelle di questa sezione sono tratte dal *World Economic Outlook del Fondo Monetario Internazionale (FMI – aprile 2016)* e dall'*Economic Outlook dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse – giugno 2016)*.

2 Infatti, il tasso di crescita del PIL nell'ultimo decennio presenta la dinamica seguente: 5,5% (2006), 5,6% (2007), 3,0% (2008), -0,05% (2009), 5,4% (2010), 4,2% (2011), 3,4% (2012), 3,2% (2013), 3,4% (2014), 3,0% (2015).

3 In particolare, i livelli delle quotazioni del petrolio a inizio 2016 sono i più bassi dal 2003. Incide su questa dinamica la decisione dell'Arabia Saudita di aumentare la produzione, invece di ridurla per compensare una maggiore offerta da parte di altri paesi e dall'atteso rientro sul mercato dell'Iran.

4 Già nel 2015 la disoccupazione è scesa al di sotto del livello ritenuto strutturale.

5 La capacità di spesa delle famiglie si è accresciuta anche per effetto del rafforzamento del dollaro e del calo dei prezzi dell'energia.

Tab. 2

Tasso di crescita del PIL USA

(previsioni)

	FMI	OCSE
2016	2,4	1,8
2017	2,5	2,2
2018	2,3	n.d.

L'altro grande colosso economico, la **Cina**, continua a crescere a tassi molto elevati. Come da previsioni, la crescita risulta leggermente rallentata rispetto al passato, ma se si deve fare affidamento alle statistiche ufficiali il rallentamento non è così marcato come era stato paventato.

Sicuramente la svalutazione dello *yuan* realizzata dalla Banca Centrale cinese nel corso del 2015 ha contribuito a mantenere alte le esportazioni e quindi a sostenere la crescita. Vi sono però preoccupazioni legate al rallentamento del mercato immobiliare. Come è purtroppo ben noto, in altri paesi il crollo di questo mercato ha avuto effetti drammatici sull'economia nel suo complesso.

Le autorità monetarie cinesi sembrano consapevoli del problema: nei prossimi trimestri, l'evoluzione dell'economia mondiale dipenderà molto dalla loro capacità di fare fronte a questo rischio.

Tab. 3

Tasso di crescita del PIL CINA

(previsioni)

	FMI	OCSE
2016	6,5	6,5
2017	6,2	6,2
2018	6,0	n.d.

Il **Giappone** invece sembra tornare ad impantanarsi nella depressione che ormai perdura da oltre due decenni. Nel 2016 l'economia continuerà a crescere, ma a ritmi inferiori rispetto a quanto previsto in passato. Il rallentamento è dovuto sia a ragioni esterne – il brusco rallentamento della domanda proveniente dalla Cina -- che interne – l'aumento del risparmio delle famiglie che ha indebolito i consumi privati. Le previsioni più recenti suggeriscono che la crescita potrebbe arrestarsi a partire dal prossimo anno. Pertanto, il Giappone sembra destinato a rimanere il grande malato dell'Asia.

Tab. 4

Tasso di crescita del PIL GIAPPONE

(previsioni)

	FMI	OCSE
2016	0,5	0,6
2017	0,0	0,3
2018	0,3	n.d.

Prima della *Brexit*, si stimava che l'**area dell'euro** avrebbe continuato l'espansione moderata degli ultimi semestri. Per il 2016 il tasso di crescita medio era previsto intorno al punto e mezzo percentuale, e questa tendenza sembrava destinata a persistere anche nel biennio successivo. Come indicato più in dettaglio nel riquadro sottostante, è possibile che la *Brexit* debba far rivedere queste stime al ribasso. Dato che la politica monetaria è ormai decisamente espansiva e che l'euro, pur essendosi leggermente rivalutato rispetto al dollaro nell'ultimo anno, rimane ben al di sotto delle

quotazioni del recente passato, la debolezza della crescita sembra riflettere fattori strutturali che le politiche macroeconomiche non sembrano in grado di influenzare. Certo è che a questi ritmi di crescita i tassi di disoccupazione non potranno calare rapidamente.

Tab. 5

Tasso di crescita del PIL AREA EURO

(previsioni)

	FMI	OCSE
2016	1,5	1,6
2017	1,6	1,7
2018	1,5	n.d.

Brexit. L'esito del recente referendum che ha sancito la volontà del Regno Unito di uscire dall'Unione Europea, di cui è membro dal 1973, costituisce un ulteriore fattore di instabilità i cui effetti sono difficili da quantificare, ma che potrebbero compromettere l'incerta ripresa economica in Europa.

Secondo alcuni analisti, la *Brexit* potrebbe ridurre la crescita nell'area dello 0,2-0,5%. Gli effetti negativi sarebbero più marcati per i Paesi UE con i legami commerciali più forti con il Regno Unito, come Irlanda, Paesi Bassi e Germania.

Il Regno Unito ha un PIL nominale stimato sui 2.850 miliardi di dollari secondo il Fondo Monetario Internazionale (dato 2015); è la quinta potenza economica mondiale dopo Stati Uniti, Cina, Giappone e Germania, e la seconda in Europa. Non ha mai fatto parte dell'unione economica e monetaria dell'Unione europea, non avendone adottato la moneta unica.

1.1.2 Scenario nazionale

Dopo vari anni di recessione, nel 2015 il nostro Paese è finalmente entrato in una fase di ripresa.

Infatti, nel 2015 il **PIL** è cresciuto dello 0,8%⁶ in termini reali⁷. La ripresa sembra destinata a durare nel tempo, anche se a ritmi moderati: per il 2016 la crescita prevista si attesta all'1% e per il 2017 all'1,1%⁸.

Il settore che è cresciuto più velocemente nel 2015 è quello primario (+3,8%), che però ha un peso marginale nel complesso dell'economia. Il settore industriale in senso stretto, trainato dalle esportazioni, è cresciuto dell'1,3%⁹, mentre ha continuato a contrarsi il settore delle costruzioni (-0,7%), anche se con segnali di ripresa nella seconda metà dell'anno¹⁰.

E' invece cresciuto meno rapidamente il settore terziario (+0,4%); in particolare, sono cresciuti il settore del commercio, dei servizi di alloggio e ristorazione, trasporto e magazzinaggio¹¹(+1,2%) e il settore delle attività immobiliari e professionali (+0,5%), mentre risulta in contrazione il settore non market (-0,8%).

Nonostante il rallentamento del commercio mondiale, le **esportazioni** sono cresciute del 4,3% nel corso del 2015¹², anche grazie al deprezzamento dell'euro. Tuttavia, le **importazioni** sono aumentate più velocemente (+6%)¹³, sia per esigenze legate all'*export* che per la ripresa dei consumi. Nonostante la crescita delle importazioni sia stata superiore a quella delle esportazioni in termini di volume, la diminuzione dei prezzi delle importazioni ha fatto aumentare l'**avanzo commerciale** del nostro Paese. Nel 2015, tale avanzo ha raggiunto quota 45,2 miliardi, contribuendo in misura ragguardevole al *surplus* del saldo corrente della bilancia dei pagamenti, che è stato pari al 2,1% del PIL¹⁴. Tale *surplus* si colloca fra i più elevati dei paesi UE, dietro solamente a quelli tedesco e olandese. In particolare è da segnalare il netto miglioramento della bilancia energetica, che nel corso del 2015 ha ridotto il deficit di 10 miliardi di euro, passando dagli oltre 43 miliardi del 2014 agli attuali 33.

La ripresa economica che si è avuta nel 2015 ha avuto effetti positivi anche sulle condizioni del mercato del lavoro. L'**occupazione** è aumentata dello 0,8%, mentre il tasso di disoccupazione è sceso all'11,9%, contro il 12,7% dell'anno precedente¹⁵.

La **dinamica salariale** è proseguita su ritmi moderati, in linea col 2014. I redditi pro-capite da lavoro dipendente sono cresciuti dello 0,5%, mentre la produttività del lavoro è diminuita dello 0,2%¹⁶.

La **dinamica dei prezzi** ha risentito della consistente diminuzione del prezzo del petrolio, della moderazione salariale e della forte riduzione dei prezzi dei beni importati. L'insieme di questi fattori ha generato un tasso di inflazione dello 0,1%. Nel 2014, il tasso di inflazione era stato pari allo 0,2%, mentre nel 2013 all'1,3%. Depurando la dinamica dei prezzi dagli effetti delle variazioni delle imposte dirette, si ottiene per il 2015 un'inflazione prossima allo zero. Nel 2014, tale indicatore era stato pari al -0,1%; nel 2013, al +1,1%. Dunque si può dire che ormai l'inflazione è stata azzerata per due anni consecutivi, né sembra che le cose possano cambiare nell'anno in corso.

Passando alla situazione della **finanza pubblica**, nel 2015 l'**indebitamento netto della PA** si è attestato a circa 42,4 miliardi, contro i 49,1 del 2014 e i 47,3 del 2013. Il **rapporto fra indebitamento netto e PIL** si è attestato al 2,6%; nel 2014 era pari al 3%. La riduzione rispetto all'anno precedente è stata dovuta alla combinazione del calo degli interessi passivi (per 5,9 miliardi di euro)¹⁷ e del leggero aumento dell'avanzo primario¹⁸. Quest'ultimo si è mantenuto superiore all'1,5%¹⁹, come già nel 2014: un dato che colloca il nostro Paese fra quelli della UE con l'avanzo primario più elevato, inferiore nel 2015 solo a quello di Cipro²⁰ e della Germania²¹.

Le **entrate totali** sono aumentate dell'1% in termini nominali rispetto al 2014, con un valore in rapporto al PIL pressoché invariato, pari per la precisione al 47,9%. Anche la **pressione fiscale** nel 2015 ha mantenuto lo stesso livello del 2014, pari al 43,5%²².

In particolare, le entrate correnti hanno registrato un aumento dell'1,2%, dovuto alla crescita delle imposte dirette (1,9%)²³ e dei contributi sociali (2%). Le imposte indirette sono cresciute in misura minore rispetto al 2014 (+0,5% contro il +3,5% dello scorso anno). La differenza è da attribuirsi alle maggiori ritenute IRPEF sui redditi da lavoro dipendente, alla crescita dell'IRES e all'incremento del gettito derivante dai redditi da attività finanziarie per quanto riguarda l'incremento delle imposte dirette, al calo del gettito dell'IRAP per quanto riguarda il minor incremento delle imposte indirette²⁴. Le entrate in conto capitale sono invece diminuite (-900 milioni di euro).

La **spesa totale primaria** (cioè al netto degli interessi sul debito pubblico) si attesta al 46,3% del PIL; è aumentata dello 0,9%, in termini nominali, rispetto al 2014. Di questa, la spesa per consumi pubblici ha continuato a ridursi in valore assoluto, attestandosi al 19% del PIL; nel 2014 era pari al 19,5%. La spesa in conto capitale è invece aumentata del 10,7% in termini nominali, con un incremento degli investimenti pubblici, rispetto al 2014, di 0,1 punti percentuali, attestandosi al 2,3% del PIL.

La **spesa per interessi passivi** prosegue un *trend* discendente, nonostante l'aumento del debito, grazie al progressivo calo dei tassi di interesse. Gli interessi passivi sono scesi da 82 miliardi di euro nel 2013 a 75,2 miliardi di euro nel 2014 e a 68,4 miliardi di euro nel 2015 (-8% rispetto al 2014, -17% rispetto al 2013).

Nonostante questi leggeri miglioramenti della situazione della finanza pubblica, il **rapporto debito/PIL** nel 2015 si è mantenuto al 132,5%, lo stesso livello del 2014²⁵. Nel 2013, il rapporto era pari al 128,5%.

Il miglioramento sarebbe stato forse più marcato se nel corso del 2015 l'esecutivo non fosse stato costretto ad adottare alcuni provvedimenti che hanno comportato un aumento dell'**indebitamento netto delle Amministrazioni Pubbliche**. Il più importante di questi è senz'altro la rivalutazione delle pensioni più alte²⁶, a seguito di una sentenza della Corte Costituzionale²⁷. Questo provvedimento da solo ha fatto aumentare l'indebitamento di oltre 2 miliardi nel 2015 e lo farà aumentare di quasi mezzo miliardo negli anni successivi.

La seguente tabella riporta nel dettaglio gli effetti sull'indebitamento netto della PA dei Gli effetti cumulati dei provvedimenti varati dal Governo nel 2015 sull'**indebitamento netto delle Amministrazioni locali** sono riportati nella tabella seguente. Risulta una diminuzione delle entrate di 73 milioni di euro e un incremento delle spese di 473 milioni di euro. Complessivamente, l'effetto cumulato dei provvedimenti è un aumento dell'indebitamento netto pari a 545 milioni di euro.

In assenza di altre manovre, gli effetti cumulati degli stessi provvedimenti sono stimati per il 2016 in un miglioramento del saldo pari a 159 milioni di euro (4 milioni di minori entrate e 163 milioni di minori spese). Per il 2017 e il 2018 l'impatto stimato è un miglioramento del saldo pari rispettivamente a 333 e a 423 milioni di euro.

1.1.3 Scenario regionale

Negli ultimi anni l'economia emiliano-romagnola ha realizzato *performance* macroeconomiche sistematicamente migliori di quelle nazionali. Dal 2011, il tasso di variazione del PIL è risultato ogni anno superiore, di qualche frazione di punto, a quello nazionale. Questa tendenza sembra confermarsi anche per il prossimo futuro.

In particolare, per il 2015 viene stimata una crescita del **PIL** a livello regionale pari all'1%. Come abbiamo visto nella sezione dedicata allo scenario nazionale, il tasso di crescita a livello paese è stato pari allo 0,8%, con un differenziale positivo pari quindi allo 0,2%. Per il 2016, si prevede che l'economia dell'Emilia-Romagna cresca ad un tasso non superiore all'1,2%, in linea con la previsione nazionale contenuta nel DEF dello scorso aprile.

Nel 2015, il **reddito disponibile** delle famiglie è cresciuto in Emilia-Romagna del 2,3%, grazie anche al *bonus* fiscale approvato all'inizio dello scorso anno. Per il 2016 si prevede un ulteriore incremento dell'1,5%. Ciò si traduce in una dinamica positiva dei consumi, che nel 2015 sono cresciuti dell'1,3%; per il 2016 si prevede un ulteriore netto miglioramento di tale dinamica (+1,5%), grazie ad un ulteriore aumento del potere di acquisto delle famiglie²⁸ e ad un quadro economico nazionale complessivamente molto più favorevole rispetto al recente passato, come abbiamo visto nelle sezioni precedenti. Ciononostante, nel 2016 i consumi privati risulteranno ancora inferiori dell'1,7% rispetto al picco registrato nel 2011.

Per il 2015 sul fronte degli **investimenti** fissi lordi si è realizzata la prevista inversione di tendenza, con un +1,1% dopo anni di flessione; per il 2016 è atteso un ulteriore incremento del 2,6%²⁹. Il settore delle **costruzioni** non è ancora uscito dalla crisi, anche se per l'anno in corso pare stia attenuandosi la tendenza negativa, essendo diminuiti i prezzi delle case e i tassi di interesse sui mutui.

L'**export** è tradizionalmente un punto di forza dell'economia dell'Emilia-Romagna. Nel 2015 la crescita di questa componente della domanda aggregata, in base alle ultime analisi della Banca d'Italia, è stata pari al 4,4% in termini nominali, a fronte del 3,8% della media nazionale. Le esportazioni sono aumentate soprattutto nell'area extra-UE, in particolare verso gli Stati Uniti, secondo mercato della regione; il primo continua ad essere la Germania, anche se nel 2015 le esportazioni verso questo paese hanno subito un rallentamento. Per il 2016, in concomitanza con la frenata della crescita del commercio mondiale, Prometeia stima un calo delle esportazioni al 3,6%, nonostante la crescita dell'attività a livello europeo.

Nel corso del 2015, le **importazioni** hanno registrato un aumento, rispetto al 2014, del 6,6%. Per il 2016 si prevede il dimezzamento della crescita delle importazioni, che dovrebbe passare dal 6,6% del 2015 al 3,3% del 2016.

Per quanto riguarda l'evoluzione del **mercato del lavoro**, nel corso del 2015 l'occupazione è lievemente aumentata (+0,4%). Il ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni nel corso del 2015 si è ridotto nettamente, per la precisione del 35%, rispetto al 2014. Il tasso di disoccupazione è risultato in diminuzione rispetto al 2014, ed è stato pari al 7,7%. Per l'anno in corso il tasso di disoccupazione dovrebbe attestarsi al 6,8%.

Le dinamiche macroeconomiche recenti, e quelle previste per l'anno in corso e quelli successivi, confermano e rafforzano la posizione preminente dell'economia emiliano-romagnola nel quadro nazionale. La Tabella 9 illustra una serie di indicatori economici strutturali che permettono un confronto tra l'economia regionale e quella nazionale. Il PIL pro-capite in Emilia-Romagna è superiore alla media nazionale di oltre il 20%. Questa differenza è dovuta per oltre tre quarti al più elevato tasso di occupazione, mentre il restante quarto, o poco meno, rappresenta un differenziale di produttività. Il differenziale del reddito disponibile è inferiore a quello del reddito prodotto, per via della redistribuzione creata dal cuneo fiscale.

L'Emilia-Romagna si conferma in posizione preminente anche per quanto riguarda la Strategia Europa 2020. La tabella 10 riporta, per ciascuno degli otto indicatori elencati, i *target* individuati per l'Europa nel suo complesso, per l'Italia, e il posizionamento attuale dell'Emilia-Romagna rispetto all'Italia e ai 28 Stati membri dell'Unione Europea (UE28). La Regione presenta indicatori migliori, rispetto ai *target* nazionali fissati, per il tasso di occupazione (relativo alla popolazione nella fascia d'età 20-64 anni), l'abbandono scolastico e la spesa in Ricerca e Sviluppo. Presenta inoltre una situazione molto favorevole per quanto riguarda la percentuale di persone a rischio povertà ed esclusione sociale. Non sono invece disponibili dati a livello regionale sugli obiettivi di risparmio ed efficienza energetica e di riduzione delle emissioni inquinanti.

1.1.4 Il quadro finanziario pluriennale dell'Unione Europea e le risorse per le politiche di sviluppo

Il 2 dicembre 2013 il Consiglio dell'Unione europea ha adottato il regolamento 11791 relativo al **Quadro Finanziario Pluriennale (QFP) 2014-2020**, da attuare dal **1° gennaio 2014**.

Il Regolamento prevede una spesa di 959,99 miliardi di euro in impegni e 908,40 miliardi in pagamenti per il periodo 2014-2020. Il *focus* è sulla rubrica dedicata alla crescita e all'occupazione, con un incremento superiore al 37% rispetto al periodo 2007-2013.

La politica di coesione rappresenta una parte importante del bilancio comunitario, con una dotazione di 325,149 miliardi, mentre alla rubrica 2 - Gestione sostenibile e protezione delle risorse naturali, che comprende i fondi per la politica agricola comune (PAC) e il Programma di Sviluppo Rurale e Pesca sono attribuiti 373,179 miliardi di euro.

Il 17 dicembre 2013 sono stati pubblicati i testi definitivi dei regolamenti³¹ del pacchetto Politica di Coesione e Politica di Sviluppo Rurale. Per orientare il contributo dei Fondi strutturali al conseguimento degli obiettivi e dei target di Europa 2020 i regolamenti introducono alcune importanti novità rispetto al precedente periodo di programmazione:

- un approccio integrato allo sviluppo territoriale supportato dai Fondi strutturali in risposta alle sfide territoriali, da realizzarsi attraverso strumenti *ad hoc*
- un coordinamento tra i fondi che si realizza attraverso un Quadro Strategico Comune per il Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR), il Fondo sociale europeo (FSE), il Fondo di coesione, il Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (FEASR) e il Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca (FEAMP)
- una concentrazione tematica su undici obiettivi collegati ad Europa 2020 degli investimenti dei fondi ed una ulteriore concentrazione delle risorse su alcune priorità strategiche diversificata per aree territoriali
- un forte orientamento ai risultati, attraverso il rafforzamento delle condizionalità, l'enfasi posta sugli indicatori di impatto e la previsione di una riserva di efficacia ed efficienza con assegnazione in capo alla Commissione
- una filiera di programmazione strategica rafforzata che si articola nel Quadro Strategico Comune, negli Accordi di partenariato tra la Commissione e ciascuno Stato Membro, e nei programmi operativi nazionali e/o regionali.

L'Accordo di Partenariato con l'Italia, approvato dalla Commissione Europea il 29 ottobre 2014³², attribuisce all'Italia 42,116 miliardi di euro, di cui 10,429 di FEASR per la Politica di sviluppo rurale e 31,119 a FESR e FSE per la politica di coesione. A queste risorse vanno aggiunti 1,137 miliardi di risorse FESR allocate ai programmi di Cooperazione Territoriale Europea, 0,537 miliardi di risorse FEAMP e 0,567 miliardi di risorse allocate all'iniziativa per l'Occupazione giovanile (YEI).

L'Accordo definisce una strategia di intervento articolata su 11 *drivers* di sviluppo, che corrispondono agli obiettivi tematici introdotti dai regolamenti UE e su tre priorità territoriali che corrispondono a città metropolitane, città medie ed aree interne.

La strategia si realizza attraverso 60 programmi operativi regionali, di cui 39 per la politica di coesione, finanziati con risorse FESR e FSE, 21 per la politica di sviluppo rurale, finanziati con risorse FEASR e 14 programmi nazionali (11 PON FSE/FESR, 2 FEASR, 1 FEAMP).

In questo contesto la Regione Emilia Romagna beneficia di 3 programmi operativi regionali, il POR FESR, il POR FSE ed il Programma di sviluppo rurale (PSR), di sei programmi operativi nazionali con ricadute su tutto il territorio nazionale (Scuola, Occupazione, Inclusione, Città metropolitane, *Governance*, Occupazione giovani), cui si aggiunge il Programma operativo FEAMP Italia, e può inoltre concorrere all'assegnazione di risorse nell'ambito di cinque programmi di Cooperazione Territoriale Europea di cui il territorio regionale è beneficiario: Programma transfrontaliero Italia-Croazia, Programma transnazionale Adrion, di cui la Regione è Autorità di Gestione, Programma transnazionale Europa Centrale, Programma transnazionale Mediterraneo, in cui la Regione esprime la co-presidenza ed è punto di contatto nazionale ed infine Programma Interregionale.

La Regione è inoltre impegnata nell'attuazione sul proprio territorio di due strategie di sviluppo previste nell'Accordo di Partenariato: l'Agenda urbana, cui concorrono risorse FESR e la Strategia Nazionale Aree Interne, cui concorrono risorse dei programmi regionali e risorse nazionali stanziare dalla Legge di stabilità 2014.

Tutti i Programmi Operativi della Regione Emilia-Romagna sono stati approvati dalla Commissione Europea tra dicembre 2014 e maggio 2015³³ e avviati nel corso del 2015 con la pubblicazione di numerosi bandi in attuazione delle misure di intervento (es Bando progetti di ricerca industriale strategica, manifestazione di interesse per la realizzazione di infrastrutture di rete a fibra ottica nell'ambito del POR FESR, 12 bandi a valere sugli assi Occupazione, Inclusione sociale, Istruzione e formazione nell'ambito del POR FSE, Pacchetto giovani per il primo insediamento in aziende agricole, regimi di qualità dei prodotti agricoli e alimentari, agroambiente e agricoltura biologica per il PSR).

Complessivamente le risorse disponibili per le politiche di sviluppo ammontano a circa 2,5 miliardi di euro per i soli programmi regionali, cui si aggiungeranno le risorse dei progetti a valere sui programmi operativi nazionali e sui programmi di cooperazione territoriale europea.

La strategia adottata dalla Regione per massimizzare l'impatto di queste risorse messe a disposizione dai Fondi Strutturali e di Investimento Europei è di garantirne un presidio unitario ed un forte coordinamento, così come descritto nel Documento Strategico Regionale, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia degli interventi, massimizzare la capacità di spesa, semplificare e ampliare l'accesso alle risorse in un'ottica di trasparenza e partecipazione.

A questo scopo con DGR 32/2015 è stata costituita una Struttura per il coordinamento e il presidio unitario dei Fondi Europei, che fa capo all'Assessore al coordinamento delle politiche europee allo sviluppo e che vede rappresentate le diverse Direzioni Generali e i relativi servizi coinvolti nelle fasi di programmazione, gestione, monitoraggio e valutazione dei Programmi regionali.

1.2 CONTESTO ISTITUZIONALE

1.2.1 Organizzazione e personale

Organizzazione. Il 18 giugno 2015 la Giunta ha presentato il nuovo progetto di riorganizzazione della struttura tecnica regionale i cui principi ispiratori sono partecipazione, semplificazione, trasparenza, ottimizzazione delle risorse.

Il nuovo modello prevede più integrazione tra le funzioni, più trasversalità delle competenze, più azioni di controllo. L'idea-base del progetto è superare le rigidità, la duplicazione delle funzioni e i deficit di coordinamento. Negli ultimi mesi sono state sviluppate alcune importanti fasi:

□ □ Con la DGR n. 2189 del 21/12/2015, "*Linee di indirizzo per la riorganizzazione della macchina amministrativa regionale*" si è proceduto a:

- definire il modello generale del nuovo assetto organizzativo della macchina amministrativa della Giunta regionale, attivo dal 01/03/2016, con un dimezzamento delle direzioni generali (da 10 a 5) e un rafforzamento del Gabinetto del Presidente della Giunta, quale elemento di controllo, indirizzo strategico e programmazione "di scenario". La scelta di ridurre da 10 a 5 le Direzioni generali non è solo un tema che riguarda il risparmio economico, ma è il risultato di un'approfondita analisi. Accanto ad una Direzione generale di tipo trasversale, che garantisce il supporto alle funzioni generali, di tipo gestionale e organizzative si affiancano quattro Direzioni tematiche, che affrontano

gli ambiti che fanno riferimento alla cura della persona, l'economia della conoscenza e del lavoro, la cura dell'ambiente e del territorio, l'agricoltura.

- prevedere la costituzione di una struttura per lo svolgimento delle funzioni di Avvocatura regionale, dotata di specifica autonomia professionale e di referenza diretta alla Presidenza della Giunta;

- avviare il processo di riorganizzazione delle strutture organizzative di servizio.

□□La DGR n. 270 del 29/02/2016 “Attuazione prima fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015” ha dato attuazione alla prima fase di riorganizzazione disponendo l'accorpamento e la ridenominazione delle nuove 5 Direzioni generali, l'aggregazione dei Servizi nelle nuove direzioni e l'istituzione, fino al 30/4/2016, di 3 Aree di coordinamento.

□□Infine con l'adozione della DGR n. 622 del 28/04/2016 “Attuazione seconda fase della riorganizzazione avviata con delibera 2189/2015” è stato completato il riordino organizzativo avviato con DGR 2189/2015 disponendo, in particolare:

- la riorganizzazione delle posizioni dirigenziali, con riduzione delle posizioni di Servizio da 97 a 86;

- l'applicazione del principio della rotazione dei dirigenti, che ha interessato 48 posizioni, in applicazione delle norme sull'anticorruzione;

- l'avvio di un nuovo sistema di valutazione del personale e della dirigenza nonché di graduazione delle posizioni dirigenziali.

Il nuovo modello organizzativo è quello di una *'struttura che connette'* persone, istituzioni, imprese e tecnologie. L'obiettivo è fare della Regione un Ente meno complicato, più facile da gestire e più diretto nel garantire servizi a cittadini ed imprese, meno costoso.

Le strutture tecniche della Giunta regionale, Figura 2, si articolano in Strutture speciali, Direzioni generali, Istituti e Agenzie regionali.

Le Strutture speciali, a supporto degli organi politici, sono il Servizio Affari della Presidenza e il Servizio riforme istituzionali, rapporti con la conferenza delle regioni e coordinamento della legislazione, le segreterie particolari del Presidente, del Sottosegretario alla Presidenza, del Vicepresidente e degli Assessori.

Il Gabinetto del Presidente svolge funzioni di supporto alla direzione e di coordinamento delle attività politico-amministrative della Giunta, raccordando le attività operative svolte nelle Direzioni generali competenti per materia; cura i rapporti con gli organismi statali, sovranazionali e inter istituzionali; svolge funzioni di coordinamento, monitoraggio e progettazione delle politiche regionali di *governance* presidia le attività di comunicazione istituzionale. Nella struttura del Gabinetto sono incardinati l'Agenzia di Informazione e comunicazione, il Portavoce e l'Avvocatura e 4 servizi di cui 2 sono strutture speciali.

La struttura ordinaria della Giunta è articolata in 5 Direzioni generali, di cui 1 con compiti di coordinamento e impulso delle attività trasversali all'Amministrazione inerenti la gestione delle risorse finanziarie e del patrimonio regionale, del personale, degli aspetti organizzativi, dei sistemi informativi e della telematica e degli aspetti giuridico-legislativi, il coordinamento delle politiche europee e attività di raccordo con gli organismi dell'Unione Europea.

Nell'ambito delle Direzioni generali sono allocati i Servizi, strutture dirigenziali i cui titolari sono gerarchicamente e funzionalmente posti sotto il presidio del direttore generale. Complessivamente i Servizi operativi alla data del 31.05.2016 sono 66, dei quali 13 allocati presso la Direzione Risorse, Europa, innovazione e istituzioni e 53 presso le Direzioni di *line*.

La struttura tecnica della Giunta si completa con 5 Agenzie regionali e un Istituto, come è possibile osservare dall'Organigramma di figura 2. Presso le Agenzie e l'Istituto sono allocati altri 16 Servizi. Complessivamente il numero dei Servizi ordinari risulta dunque pari a 84.

Oltre ai Servizi la struttura organizzativa regionale prevede altre posizioni dirigenziali, per lo svolgimento di attività tecnico-professionali e il presidio di particolari processi o procedimenti. Al 31.05.2016 sono istituite 62 posizioni di questo tipo.

Personale. Il riordino funzionale a livello territoriale stabilito dalla LR 13/2015 ha dato luogo al trasferimento del personale dipendente dalle Province e Città metropolitana, con decorrenza 01/01/2016. Nella tabella 14 è riportato il personale trasferito suddiviso per Provincia/città metropolitana di provenienza e per destinazione.

Per effetto della stessa LR 13/2015 sono state trasferite 15 unità di personale dalle Unioni dei Comuni, con decorrenza 01/04/2016.

Nella tabella che segue (Tab. 15) è riportato il personale assegnato alla Giunta e all'Assemblea legislativa, con l'esclusione dei direttori generali e dei direttori di agenzia al 31/05/2016.

L'indice di equilibrio organizzativo, dato dal rapporto tra personale del comparto e dirigenti, si incrementa comunque positivamente passando da 20,8 nel 2015 a 25,7 nel 2016.

Tra i dirigenti presenti in Giunta, 16 operano con contratto a tempo determinato (art.18 LR 43/2001) e 22 sono in posizione di comando da altre Amministrazioni Pubbliche (nel 2015 erano rispettivamente 17 e 22); per 15 dei dirigenti in comando non sono previsti oneri finanziari a carico del bilancio regionale.

Per quanto riguarda la spesa complessiva di personale, la media dei valori riferiti al triennio 2011-2013 (indicato come punto di riferimento dall'art.3 comma 5 *bis* del DL 90/2014) è pari a 167,2 milioni di euro. Nell'esercizio 2015 l'ammontare della spesa è stato pari a **152,6** milioni di euro, in netta diminuzione rispetto al 2014 e ben al di sotto della media di riferimento.

Le previsioni per il 2016 risentono, naturalmente, della spesa derivante dal personale provinciale. Il fatto che nel 2016 alcune voci di competenza 2015 siano ancora a carico delle Province rende difficile mostrare, alla data attuale, un dato comparabile con quello del 2015. Si ritiene perciò opportuno mostrare il confronto 2015-2016 in termini di stanziamento, fermo restando che si tratta di previsioni.

1.2.2 La programmazione regionale dei Fondi Strutturali e di Investimento Europei 2014/2010 Il Documento Strategico Regionale (DSR) per la programmazione dei Fondi Strutturali e di Investimento Europei 2014/2010: strategia, approccio territoriale, priorità e strumenti di attuazione. Con il Documento Strategico Regionale (DSR) la Regione Emilia-Romagna ha fornito un quadro unitario delle strategie e delle priorità per la programmazione e attuazione delle politiche di sviluppo regionale in linea con la tempistica della programmazione comunitaria 2014-2020, con la finalità di porre al centro del proprio approccio la capacità di integrazione delle politiche regionali, nazionali ed europee.

Il DSR consente quindi di traguardare un duplice obiettivo: definire una strategia unitaria lungo la quale fare convergere diverse politiche regionali, anche settoriali, e promuovere la coesione territoriale per le aree della regione caratterizzate da una maggiore fragilità ecosistemica e socio economica (ad esempio Aree interne, aree colpite dal sisma) e favorire l'integrazione di queste con la rete dei poli urbani della regione.

L'obiettivo generale è quello di rafforzare la competitività e l'attrattività del territorio e del sistema regione. Promuovere un sistema territoriale attrattivo, paragonabile a quello di regioni europee con elevati livelli di *performance*, rimane il principale riferimento per la Regione Emilia-Romagna in un disegno organico che nasce e trova origine nel Piano Territoriale Regionale del (PTR) ed ha continuità con i contenuti al centro del Patto per il Lavoro siglato nel luglio del 2015.

Tenendo conto delle caratteristiche della struttura economica della nostra regione, si pone al centro della programmazione regionale l'obiettivo di innalzare la competitività del sistema, aumentando il valore aggiunto connesso con la produzione, cioè un valore derivato dalle competenze, dalla ricerca generata dalle persone impegnate nelle imprese e nelle diverse strutture di ricerca con queste interagenti.

Per perseguire questo obiettivo di medio-lungo periodo occorre lavorare principalmente lungo tre priorità:

1. valorizzare il capitale intellettuale innalzando la qualità e lo stock di capitale umano regionale, attraverso politiche di investimento (infrastrutturale, di ricerca, umano) delle imprese e anche della Pubblica Amministrazione

2. favorire l'innovazione, la diversificazione e la capacità imprenditoriale del sistema produttivo orientandolo verso attività, settori o ambiti di intervento in potenziale forte crescita ed in particolare verso settori ad alto utilizzo di competenze (innovazione, cultura e creatività), che operino per la sostenibilità ambientale ed energetica, e che producano beni sociali (servizi alle persone), dedicando uno specifico impegno a sostenere e rafforzare la relazione virtuosa fra le imprese che operano sui mercati internazionali e le PMI locali

3. mantenere un elevato grado di qualità dell'ambiente, del patrimonio culturale e dell'infrastrutturazione del territorio per perseguire gli obiettivi di coesione territoriale e sociale, integrazione e potenziamento della qualità dei servizi collettivi.

Tra i vari principi che hanno ispirato l'agire della Regione in questa direzione, vi è sicuramente anche quello mutuato dal **Piano Territoriale Regionale (PTR)** di coordinare programmi, progetti ed interventi al livello di area vasta, cioè di aree che sono accomunate da caratteristiche socioeconomiche che manifestano un buon grado di omogeneità.

La qualità del territorio richiama lo stretto binomio tra coesione sociale e coesione territoriale. **Un territorio in cui i servizi sono facilmente ed equamente accessibili concorre a ridurre disparità e disuguaglianze.** E' ormai assodato che le caratteristiche fisiche e naturali del territorio influenzano la configurazione della mappa delle relazioni sociali ed economiche che vi si instaurano. Come già esplicitato nel PTR, l'integrazione tra queste due dimensioni diviene cruciale in sede di programmazione.

L'integrazione di strumenti di attuazione a carattere settoriale nella visione territoriale trova la sua più rilevante espressione nella **Smart Specialization Strategy (S3) regionale**. La Commissione Europea, con il Regolamento UE 1303/2013, ha introdotto il concetto di *Smart Specialization Strategy*, ovvero una strategia di specializzazione intelligente che ogni regione deve delineare e perseguire facendo leva sui propri vantaggi competitivi, così da "specializzarsi" in un numero ridotto di ambiti che possono raggiungere *standard* di eccellenza e fare da traino al sistema regionale nel suo complesso, al fine di raggiungere gli obiettivi posti da Europa 2020. L'Emilia-Romagna, condividendo questa visione, guarda alla *smart specialization* non come una prescrizione che deve essere assolta quale mero adempimento formale, ma come una grande opportunità di sviluppo che può concorrere a rendere l'intero territorio più attrattivo e competitivo.

La S3 dell'Emilia-Romagna³⁴ definisce gli obiettivi da raggiungere per rendere più competitivo e attrattivo il sistema economico regionale nel suo complesso, e al tempo stesso declina le sinergie con il mondo della ricerca e con quello della formazione, così come –ad esempio- con i temi dell'ambiente e dello sviluppo sostenibile, delle nuove tecnologie e dell'ICT, della salute e dell'attrattività turistica.

In altre parole, la strategia regionale S3 è l'ossatura del disegno di innalzamento competitivo e attrattivo della regione, utile a ricondurre le diverse politiche settoriali lungo una visione unitaria e di insieme del sistema regionale.

1.2.3 Il Patto per il Lavoro

La Giunta dell'Emilia-Romagna pone il lavoro al centro della sua azione di governo per l'intera legislatura e a questo scopo ha promosso la definizione di un nuovo Patto per il Lavoro tra tutte le componenti della società regionale.

Proporsi di creare lavoro oggi vuol dire impegnare tutta la società in un percorso di sviluppo "*Smart, inclusive e sustainable*", come prefigurato dal Programma Europa 2020 e ripreso dal Patto per lo sviluppo siglato nella precedente legislatura. A questo fine occorre operare tempestivamente, integrando tutti gli strumenti per stimolare dinamismo e avviare una nuova fase di sviluppo in cui ritrovare una rinnovata coesione sociale, valore fondamentale per il rilancio del territorio regionale e del suo sistema socio-economico.

In questa prospettiva la Giunta e le componenti della società regionale hanno sottoscritto a Bologna il 20 luglio 2015 il Patto per il Lavoro, cioè la condivisione di una strategia organica, obiettivi e linee di azione con cui ciascun sottoscrittore si impegna a contribuire al rilancio dello sviluppo e dell'occupazione nella nostra regione.

Punto di partenza del Patto è la condivisione degli effetti della crisi sul sistema Paese e sulla nostra regione, che pure ha reagito meglio di altre aree territoriali al cambiamento strutturale che sta caratterizzando il nuovo secolo.

Dal 2000, il contesto competitivo ha raggiunto un'estensione globale che ha generato una complessa riorganizzazione dei cicli produttivi e un crescente bisogno di competenze. Ciò ha determinato un cambiamento profondo e strutturale che ha causato una netta divaricazione tra le imprese e i territori che sono stati in grado di inserirsi - con capacità di innovazione - nel contesto globale e la vasta area di imprese e territori che invece sono rimasti al margine.

L'aumento del rischio di povertà e di esclusione sociale, l'esplosione della disoccupazione giovanile e della precarietà professionale che stanno segnando un'intera generazione sono gli esiti con impatto negativo di questo fenomeno.

Per contro, l'aumento dell'estensione del mercato comporta un aumento della domanda ma anche una sua segmentazione, con l'emergere di nuovi spazi per produzioni di beni e servizi ad alto valore aggiunto. Si stanno affermando nel mondo nuovi modelli organizzativi, chiamati anche industria 4.0, in cui l'efficienza dell'intera catena del valore dipende dalla capacità di interconnessione digitale delle diverse fasi produttive in un sistema organico di informazioni e conoscenze in grado di rispondere con continuità a bisogni fra loro differenziati. Fondati sull'innovazione delle tecnologie e dei processi, riguardano una nuova manifattura che produce non solo beni che implicano una crescente quota di servizi ma anche servizi alle persone, alle imprese e alla comunità. La localizzazione delle fasi centrali e strategiche di tali cicli produttivi si realizza in quei contesti istituzionali e sociali in grado di garantire l'intelligenza dell'intero sistema, cioè capaci di disporre di competenze, ricerca e tecnologie adeguate a governare e orientare i processi produttivi di beni e servizi complessi. L'Emilia-Romagna si candida ad essere uno degli snodi cruciali di questa nuova rivoluzione industriale anche in funzione del rilancio dell'obiettivo della piena e buona occupazione.

Sulla scorta di queste traiettorie e *trend* delle economie globali, il Patto per il lavoro ha come perno la convinzione che la crescita della nostra società e la sua capacità di generare buona occupazione si fondino su una pluralità di fattori tra cui:

- la consapevolezza che nel mondo globalizzato, tornano ad essere rilevanti i territori, la loro struttura organizzativa interna, la loro struttura educativa ed il loro "spessore" di comunità di ricerca e di produzione;
- l'aumento della capacità di creare valore aggiunto, agendo sullo sviluppo e sulla diffusione delle conoscenze, delle competenze e sulla capacità di innovazione nella produzione e nei servizi alle imprese, alla persona ed alla comunità;
- la piena affermazione della legalità in ogni ambito e in particolare in ogni relazione di lavoro;
- la capacità di stimolare investimenti che generino nuove occasioni di occupazione;
- l'azione di riordino istituzionale, efficientamento organizzativo e semplificazione normativa avviata dalla Regione, ma estesa all'intero assetto istituzionale presente nell'ambito regionale;
- l'avvio e consolidamento di un metodo di definizione e attuazione delle politiche pubbliche centrate sulla condivisione delle scelte strategiche e sull'integrazione delle risorse finanziarie, a partire dai fondi regionali, nazionali ed europei;
- un sistema di welfare come leva per creare buona e nuova occupazione, ridurre le disuguaglianze e migliorare la coesione sociale.

Gli ambiti di sviluppo promossi e i relativi interventi prioritari vedono il lavoro declinato in rapporto alle persone, alle comunità, alle imprese e ai territori, alla legalità e alla semplificazione.

Il Patto per il Lavoro è un patto di legislatura che prevede, anche attraverso i tavoli già istituiti presso gli assessorati regionali, il coinvolgimento delle parti firmatarie per un confronto preventivo sui contenuti delle principali azioni e dei provvedimenti da intraprendere in attuazione e in coerenza con quanto condiviso, nella convinzione che questa azione collettiva possa agire come traino della ripresa dell'intero Paese.

1.2.4 I vincoli della finanza regionale

I vincoli di finanza pubblica che gravano sulla finanza regionale discendono dal *fiscal compact* (patto di bilancio) sottoscritto il 2 marzo 2012 dagli allora 25 stati membri dell'Unione Europea al fine di rafforzare gli strumenti e le procedure per una più rigorosa politica di bilancio, garantendo così la solidità finanziaria dell'area.

Gli Stati firmatari del Trattato si sono impegnati a inserire la regola del bilancio in pareggio all'interno del quadro legislativo nazionale con modifiche di carattere vincolante e permanente, preferibilmente a livello costituzionale, e a recepire gli specifici meccanismi di correzione da attivare nel caso di scostamenti tra i risultati conseguiti e l'obiettivo di medio termine stabilito dal Patto di stabilità e crescita per ciascun paese membro dell'Unione.

L'allineamento del sistema di regole interne con le nuove disposizioni europee è avvenuto per l'Italia con l'approvazione della Legge costituzionale n. 1/2012. La legge delinea gli aspetti essenziali del principio del pareggio (strutturale) di bilancio nella Costituzione, rinviando il compito di stabilire la disciplina di dettaglio all'adozione di una successiva legge da approvare a maggioranza assoluta dei componenti di ciascuna Camera (legge c.d. "rafforzata").

Con L. n. 243 del 24 dicembre 2012 in materia di "*Disposizioni per l'attuazione del principio del pareggio di bilancio ai sensi dell'art. 81, sesto comma, della Costituzione*", sono disciplinati il contenuto della legge di bilancio, le norme fondamentali e i criteri volti ad assicurare l'equilibrio tra le entrate e le spese dei bilanci pubblici e la sostenibilità del debito del complesso delle pubbliche amministrazioni, nonché degli altri aspetti trattati dalla legge costituzionale n. 1 del 2012.

Il principio dell'equilibrio di bilancio per le Regioni e gli Enti Locali (art. 9) prevede il conseguimento, sia in fase di programmazione che di rendiconto, di un valore non negativo, in termini di competenza e di cassa, del:

saldo tra le entrate finali e le spese finali;

saldo tra le entrate correnti e le spese correnti, incluse le quote di capitale delle rate di ammortamento dei prestiti.

Nell'ipotesi in cui si registrino avanzi di bilancio, tali risorse possono essere destinate al ripiano del debito o al finanziamento delle spese di investimento.

Le regole del pareggio di bilancio hanno quindi sostituito le previgenti regole del Patto di Stabilità Interno che sono state soppresse con la Legge di stabilità 2016 (art. 1 c. 707 L. n. 208/2015).

A legislazione vigente, gli obiettivi per l'anno 2017 degli Enti Locali sono gli otto saldi definiti dalla Legge n. 243/2012 al già citato art. 9, ma potrebbero subire variazioni qualora venissero approvati i disegni di legge di modifica alle leggi n. 243/2012 e n. 196/2009 (modifiche concernenti il contenuto della legge di bilancio, in attuazione dell'art. 15 della Legge 24 dicembre 2012, n. 243).

In particolare si vuole riproporre, per le autonomie locali, quanto già sperimentato per l'anno 2016, ovvero il conseguimento del solo saldo di competenza finale.

Complessivamente la manovra finanziaria risulta per il comparto Province e città metropolitane di tipo peggiorativo, per circa 320 milioni di euro nel 2016, 190 nel 2017 e 65 nel 2018.

L'incidenza maggiore dell'introduzione del pareggio di bilancio, però, si ha sul comparto regioni, con un contributo di 1.850 milioni di euro per il 2016, 1.022 per il 2017 e 660 per il 2018.

1.2.5 Il sistema delle Partecipate

Le partecipate regionali. Al 31 dicembre 2015, la Regione Emilia-Romagna risulta presente in **23 società** operanti in diversi settori, primo fra tutti il settore dei trasporti e della mobilità dove 6 società svolgono servizi relativi al trasporto aereo, fluviale e marittimo, ferroviario e su gomma.

Nell'ambito del settore fieristico si concentrano 4 partecipazioni azionarie in altrettante società localizzate a Bologna, Parma, Piacenza e Rimini.

In campo agroalimentare operano 3 società che hanno sede a Bologna, Parma e Rimini mentre 2 sono le società attive nel settore termale e 2 quelle che prestano servizi o svolgono ricerca in campo sanitario. Le rimanenti 7 società operano in settori quali quello del turismo, della ricerca industriale, della tecnologia, della telematica, della valorizzazione economica del territorio, dell'infanzia.

Rispetto alle **quote di partecipazione**, la Regione è socio di maggioranza in 4 società, possiede quote azionarie comprese tra il 20 e il 50% in 5 società, mentre in 14 casi ha partecipazioni più contenute, a volte inferiori all'1%, come nel caso della Banca Popolare Etica.

Le società partecipate dalla Regione al 31.12.2012 erano 29; in tre anni quindi il numero della partecipazioni si è ridotto di 6 unità (-20%).

pagina 36 di 299

Società partecipate dalla Regione al 31.12.2015

Ragione sociale quota azionaria

Aeroporto Guglielmo Marconi di Bologna Spa 2,04%

Apt Servizi Società a responsabilità limitata 51,00%

Aster - Società consortile per azioni 30,47%

Banca Popolare Etica - Società cooperativa per azioni 0,09%

Bognafiere S.p.a. 7,83%

Cal – Centro Agro-Alimentare e Logistica Srl consortile 11,07%

Centro Agro - Alimentare di Bologna S.c.p.a. 6,12%

Centro Agro-Alimentare Riminese S.p.a. 11,04%

Cup 2000 S.p.a. 28,55%

Ervet - Emilia-Romagna Valorizzazione Economica Territorio Spa 98,36%

Ferrovie Emilia Romagna - Società a responsabilità limitata 98,80%

Fiere di Parma S.p.A. 5,08%

Finanziaria Bologna Metropolitana S.p.a. 1,00%

Infrastrutture Fluviali S.r.l. 14,26%

IRST S.r.l. 35,00%

Lepida S.p.a. 99,29%

Piacenza Expo S.p.a. 1,00%

Porto Intermodale Ravenna S.p.a. S.A.P.I.R. 10,45%

Reggio Children S.r.l. 0,71%

Rimini Fiera S.p.a. 5,80%

Società Attracchi Parmensi S.r.l. 0,00%

Terme di Castrocaro S.p.a. 10,20%

Terme di Salsomaggiore e di Tabiano S.p.a. 23,43%

TPER S.p.a. 46,13%

Rispetto all'ultimo bilancio approvato, al 31.12.2015, il valore patrimoniale attivo delle partecipazioni societarie della Regione è pari a 141,9 milioni di euro.

Nel 2015, con aggiornamento al 28 giugno 2016, le società partecipate che hanno registrato un risultato d'esercizio negativo sono 4 con una perdita complessiva, rapportata alla quota regionale pari a 58 mila euro. Si tratta di un gruppo di società operanti nel settore fieristico, agroalimentare e infrastrutturale dove si registra una partecipazione regionale minoritaria che varia da un minimo dell'1 ad un massimo del 14%.

Con la Legge di Stabilità 2014, L. 147 del 2013, ed in particolare i commi 550-552, articolo 1, lo Stato ha previsto, nel caso in cui una società, una azienda speciale, una istituzione, partecipata dalle pubbliche amministrazioni locali *presenti un risultato negativo di esercizio non immediatamente ripianato*, l'obbligo di accantonare in bilancio, in un apposito fondo vincolato un importo pari al risultato negativo, in misura proporzionale alla quota di partecipazione. In fase di prima applicazione, 2015-2017, la norma prevede che la quota da accantonare sia quantificata in relazione al risultato medio del triennio 2011 – 2013. In applicazione delle disposizioni statali e sulla base degli ultimi bilanci approvati relativi all'esercizio 2015, la quota di accantonamento prevista in fase di assestamento per il 2016, è pari a 0,4 milioni di euro. Tale accantonamento potrà essere svincolato solo attraverso il ripiano del disavanzo o attraverso la dismissione o messa in liquidazione dell'organismo stesso (articolo 1 comma 551).

Le **Fondazioni** alle quali ha aderito la Regione sono 13 (situazione al 31.12.2015), ben 5 in meno rispetto al biennio 2012-2013 (-28%).

Sono Fondazioni che operano nei settori della cultura, del teatro, della musica e della danza o che svolgono la loro attività per la prevenzione dei reati, per il rispetto dei diritti civili, per la valorizzazione della pace.

Fondazioni partecipate dalla Regione al 31.12.2015

Fondazione Nazionale della Danza

Fondazione Flaminia

Emilia Romagna Teatro Fondazione Teatro stabile Pubblico Regionale

Fondazione Arturo Toscanini

Fondazione Teatro Comunale di Bologna

Fondazione Collegio Europeo di Parma

Fondazione Emiliano-romagnola per le Vittime dei Reati

Fondazione Istituto sui Trasporti e la Logistica

Fondazione Marco Biagi

Fondazione Scuola di Pace di Monte Sole

Fondazione Scuola Interregionale di Polizia Locale

Fondazione Centro Ricerche Marine

Fondazione Italia-Cina

Per la produzione e l'erogazione di servizi specialistici, la Regione opera inoltre tramite le seguenti **agenzie, aziende o istituti**:

Arpa – Agenzia regionale prevenzione e ambiente dell'Emilia-Romagna che svolge compiti di monitoraggio ambientale e vigilanza del territorio;

Agenzia di protezione civile, per la previsione e la prevenzione del rischio e la gestione dei soccorsi in caso di emergenze e calamità naturali;

AGREA, Agenzia regionale per le erogazioni in agricoltura, che svolge funzioni di organismo pagatore per l'assegnazione delle destinate agli imprenditori agricoli;

AIPO – Agenzia interregionale fiume PO, con compiti di progettazione ed esecuzione degli interventi sulle opere idrauliche;

Er.go – Azienda regionale per il diritto agli studi superiori dell'Emilia-Romagna;

IBC – Istituto per i beni artistici, culturali e naturali della Regione Emilia-Romagna, le cui attività sono dirette alla valorizzazione del patrimonio storico-culturale;

Intercent-ER – Agenzia regionale per lo sviluppo dei mercati telematici;

Consorzi Fitosanitari provinciali di Modena, Piacenza, Parma e Reggio Emilia che prestano la loro attività per la difesa contro le malattie delle piante con iniziative tese a ridurre l'impatto ambientale ad esse connesso;

Agenzia per il Lavoro.

Sistema di controllo sulle partecipate. La Regione Emilia-Romagna pone in essere già da tempo un attento presidio al sistema delle proprie partecipate. Con deliberazione di Giunta n. 1107 del 14 luglio 2014, recante “Sistema di monitoraggio e vigilanza della Regione Emilia-Romagna su enti pubblici regionali ed enti di diritto privato in controllo pubblico regionale”, sono state date indicazioni per l'introduzione di un sistema di monitoraggio e vigilanza della Regione sul sistema delle partecipate, allo scopo di verificare se, nel rispetto delle norme europee, statali e regionali, le relative gestioni perseguano principi di efficacia, economicità, imparzialità, trasparenza, legalità e rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Nel corso del 2015 è stato istituito, con determinazione n. 2722 del 10 marzo, il Comitato Guida sulle partecipate, al quale è stato assegnato il compito, fra gli altri, di censire e descrivere le attività di vigilanza e monitoraggio che costituiscono il “controllo analogo” che la regione deve esercitare con riferimento alle società *in house*. Con la proposta di delibera di Giunta (GPG/2015/1773 del 16 ottobre 2015) è stata sviluppata la componente amministrativa del modello di controllo analogo da esercitare sulle società *in house*. Si tratta di un provvedimento complesso che si compone di 2 distinti allegati. Con l'Allegato A è stato definito il

processo del controllo con la puntuale determinazione delle competenze e dell'articolazione delle responsabilità dirigenziali. Con l'Allegato B sono stati definiti i contenuti dell'attività di monitoraggio e vigilanza, risultato della complessa attività di ricognizione normativa svolta dal comitato Guida. L'elaborazione della proposta ha inoltre tenuto conto delle importanti modifiche legislative in itinere, in avanzata fase di elaborazione, avvicinando il Modello di controllo alle disposizioni in divenire, laddove non in contrasto con la normativa vigente. Inoltre, dal mese di febbraio 2015 è operativo un gruppo di lavoro tecnico per la progettazione e l'implementazione di un sistema informatico che consenta la raccolta, la validazione e la classificazione dei dati, informazioni, documenti inerenti il complesso delle partecipate regionali, sistema che diviene, anche per ragioni di semplificazione dell'azione dell'Amministrazione, lo strumento impiegato in via prioritaria per la raccolta dei dati inerenti le società *in house*.

Razionalizzazione delle società e delle partecipazioni della Regione. Nel corso del 2016 è proseguito il percorso di semplificazione, riordino e razionalizzazione delle società e delle partecipazioni della Regione Emilia-Romagna, già avviato con delibera di Giunta n. 924/2015 con la quale, sulla base dei criteri fissati dalla legge di stabilità 2015 (Legge 190/2014), la Regione ha proceduto ad una valutazione delle proprie partecipazioni societarie di interesse generale e strettamente indispensabili al perseguimento delle proprie finalità istituzionali, in coerenza con quanto disposto dagli artt. 3 comma 27 della Legge 244/2007 e 44 della LR 19/2012.

Il piano di riordino delle società *in house* e delle partecipazioni societarie, proseguito e approvato con delibera di Giunta regionale n. 514/2016, prevede l'uscita da 8 società partecipate, di cui verranno dismesse le quote, e la riduzione da 7 a 4 delle società *in house*.

Il dimezzamento complessivo delle partecipate (da 24 a 13 fra società *in house* e partecipazioni) porterà a risparmi per 9 milioni di euro e a entrate fino a 11 milioni di euro dalla vendita delle quote oggi in capo alla Regione.

Le società *in house*. E' deliberata la fusione in nuovi soggetti societari di Lepida e CUP 2000 da un lato, e di Aster e Ervet, dall'altro. Per Fer (Ferrovie Emilia-Romagna) e Apt sarà attuato un percorso di riordino specifico, mentre sarà dismessa la quota della Regione in Finanziaria Bologna metropolitana (Fbm).

Per quanto riguarda la fusione tra Lepida e CUP 2000 e tra Ervet e Aster, l'obiettivo è aggregare le società che, per oggetto sociale e attività, presentano le maggiori attinenze, garantendo i servizi e superando le sovrapposizioni riguardanti la progettazione e lo sviluppo di piattaforme e servizi Ict (Lepida-CUP2000) e l'analisi economica, progettazione o gestione dei fondi Ue (Ervet-Aster). In particolare, la nuova società che nascerà dalla fusione di Lepida e CUP 2000 darà vita ad un polo unico dell'Ict regionale, con una linea di alta specializzazione nello sviluppo tecnologico e l'innovazione in sanità. E' escluso l'assorbimento in essa del settore strategico dei servizi di prenotazione delle prestazioni sanitarie: è infatti allo studio la trasformazione di CUP 2000 in una società consortile composta dalle aziende sanitarie che attualmente ricevono i servizi, con l'obiettivo di dare continuità alle attività per le aziende e i cittadini e di garantire i livelli occupazionali.

Visto il criterio di "stretta necessità al perseguimento delle finalità istituzionali della Regione", per Fer e Apt si manterranno invece gli assetti societari attuali.

Per tutte le società *in house*, in parallelo ai processi di fusione e dismissione, saranno unificate le funzioni trasversali e cioè amministrazione, gestione del personale, controllo di gestione, servizi rendicontali, legali, Comunicazione e relazioni esterne.

Le partecipazioni societarie. Saranno dismesse le quote della Regione in 8 società:

- Cal - Centro agro-alimentare e logistica di Parma srl cons.
- Centro agro-alimentare di Bologna S.c.p.a.
- Centro agro-alimentare riminese S.p.a.
- Piacenza Expo S.p.a.
- Terme di Castrocaro S.p.a.
- Terme di Salsomaggiore e di Tabiano S.p.a

- Infrastrutture fluviali srl (per la quale è già stata deliberata la cessione delle quote)
- Società attracchi parmensi srl (già liquidata)

Saranno mantenute le partecipazioni in 9 società:

- Aeroporto Guglielmo Marconi di Bologna Spa
- Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori – Irst S.r.l
- Bolognafiere S.p.a
- Fiere di Parma S.p.a
- Rimini Fiera S.p.a
- Tper S.p.a
- Porto Intermodale Ravenna S.p.a (S.A.P.I.R.)
- Banca Popolare Etica S.c.p.a
- Reggio Children S.r.l.

Per quanto riguarda le Fiere, viene ribadito l'obiettivo di creare una unica società che rappresenti e valorizzi il sistema imprenditoriale dell'Emilia-Romagna.

1.3 IL TERRITORIO

1.3.1 Il quadro demografico

Quadro demografico. I residenti in Emilia-Romagna al 1.1.2016 sono 4.448.146, 2.362 in meno rispetto ai 1.1.2015.

La tendenza decrescente osservata in Emilia-Romagna nel corso del 2015 è analoga a quella del territorio nazionale, interessato da un calo complessivo di circa 130 mila residenti. Le uniche regioni in leggera contro tendenza sono Lombardia e Trentino Alto Adige.

L'Emilia-Romagna ospita il 7,3% della popolazione residente in Italia e circa il 38% di quella residente nella ripartizione Nord-est. Se si considera la sola componente straniera, il peso demografico dell'Emilia-Romagna aumenta. Il 10,6% degli stranieri residenti in Italia e oltre il 43% di quelli residenti nel Nord-est è ospitato nella nostra regione. Ne consegue che l'incidenza della popolazione straniera sul complesso dei residenti è in Emilia-Romagna superiore alla media: 12% contro il 10,6% della ripartizione Nord-est e l'8,3% nazionale.

A livello nazionale non si osservava un decremento di popolazione da circa novanta anni. In Emilia-Romagna, nello stesso periodo, la popolazione residente ha registrato quasi sempre contenuti incrementi. L'unico periodo di calo demografico ha riguardato gli anni 1983-1989.

La diminuzione di residenti osservata in Emilia-Romagna per il 2016 non ha nulla di straordinario.

Era prevedibile, ed era stata prevista, considerando la struttura per età della popolazione e l'andamento delle componenti demografiche.

Nel panorama italiano ed europeo, l'Emilia-Romagna è una delle regioni con la più elevata aspettativa di vita. Un nato nel 2015 si attende di vivere mediamente 80,8 anni se maschio e 85,1 se femmina, più della media italiana o del Nord-est. Gli incrementi sono soprattutto dovuti alla riduzione della mortalità nelle età senili; per entrambi i sessi, oltre la metà del guadagno acquisito nell'ultimo decennio si concentra sull'aspettativa di vita residua a 65 anni.

Ad oggi, i residenti di almeno 65 anni sono oltre 1 milione, il 23,6% del totale. La popolazione anziana è cresciuta in modo significativo nell'ultimo decennio; oltre il 10% di incremento, a fronte del 7,3% registrato per la popolazione nel suo complesso. Tra gli anziani, ad aumentare sono soprattutto gli ultra-ottantenni: attualmente, sono oltre 340mila, il 25% in più rispetto al 2006.

Al costante aumento della longevità, è corrisposta la progressiva diminuzione della natalità. Il saldo annuo tra nuovi nati e decessi è negativo già dalla metà degli anni settanta ed ha ridotto nel tempo la consistenza della popolazione giovanile.

In queste condizioni la consistenza della popolazione è destinata a diminuire, a meno di flussi migratori in ingresso di consistenza tale da recuperare la crescita naturale negativa.

Nel periodo 1.1.2006 – 1.1.2016 la popolazione residente in Emilia-Romagna è aumentata di poco più di 301.000 residenti: circa 271.000 sono di cittadinanza straniera. Di fatto, anche il lieve incremento osservato per la popolazione italiana dipende dalla loro presenza: nello stesso periodo infatti circa 99.800 cittadini stranieri hanno acquisito la cittadinanza italiana. Come si vedrà in

seguito, la dinamica delle naturalizzazioni ha avuto un ruolo non secondario sull'andamento della popolazione straniera nell'ultimo anno.

Per effetto della dinamica naturale negativa e del saldo migratorio positivo, i principali indicatori di struttura della popolazione risultano più critici in Emilia-Romagna rispetto alla media italiana o del Nord-est.

Nella continua flessione della natalità in serie storica, il periodo 1995-2009 ha costituito una positiva eccezione. Si sono registrati un significativo aumento delle nascite e un continuo miglioramento del rapporto anziani-giovani. Nel 2010 questa fase di aumento delle nascite si è interrotta e tra il 2010 e il 2015 si contano circa 1.000 nati in meno ogni anno. Si osserva di conseguenza un nuovo peggioramento dell'indice di vecchiaia, che al 1.1.2016 misura la presenza di circa 175 ultra-sessantacinquenni ogni 100 bambini e ragazzi con meno di 15 anni.

I ritmi di crescita della popolazione in età non attiva continuano a superare quelli della popolazione che dovrebbe teoricamente farsene carico: 100 persone in età attiva hanno teoricamente a carico quasi 59 individui inattivi contro i 55 della media italiana.

La diversa consistenza delle generazioni che avanzano lungo la scala delle età si riflette fortemente sulla struttura della popolazione attiva: i giovani adulti negli ultimi anni diminuiscono, in particolare tra i 25 e i 39 anni, mentre aumentano gli adulti tra 40 e 64 anni. In Emilia-Romagna per 100 persone attive tra i 15 e i 39 anni, se ne contano 144 tra i 40 e 64 anni. Un rapporto più sbilanciato rispetto agli altri territori presi a confronto.

La popolazione straniera, caratterizzata da una struttura per età più giovane, "allevia" l'effetto delle dinamiche strutturali, compensando parzialmente la diminuzione naturale dei giovani adulti e contenendo, almeno per ora, l'invecchiamento della popolazione in età attiva. Nello scenario di difficoltà economica generale, però, i flussi in ingresso³⁷ appaiono in diminuzione e negli ultimi 5 anni il ritmo di incremento della popolazione straniera è risultato inferiore alla media del decennio 2000-2010.

Per quanto riguarda la dinamica migratoria recente, va ricordato che l'emigrazione di cittadini italiani verso l'estero è in costante aumento e dal 2008 gli emigrati superano i rientri. Ciò determina un saldo negativo, che nel 2015 in Emilia-Romagna ha sfiorato le 7 mila unità.

Evidentemente si tratta di un fattore di riduzione della popolazione residente di cittadinanza italiana che, anche se in termini relativi è di proporzioni limitate, contribuisce a rafforzare l'effetto strutturale di diminuzione delle classi di età centrali.

Anche in questo scenario, l'Italia resta uno dei paesi europei con elevato afflusso di migranti e l'Emilia-Romagna si conferma tra le regioni più attrattive. Il tasso di crescita migratoria è pari a 3,2 per mille, a fronte di una media italiana del 2,2 per mille.

Per quanto attiene lo sviluppo futuro della popolazione residente in Emilia-Romagna, nell'ipotesi di stabilizzare nel tempo le tendenze più recenti, ci si attendono ritmi di crescita della popolazione residente molto contenuti.

Data la struttura per età attuale della popolazione residente, solo un aumento del saldo migratorio potrebbe determinare una nuova fase di incremento della popolazione.

Per effetto di ricambio generazionale già evidenziato, è prevedibile un picco di invecchiamento tra 2020 e 2030, anno in cui le numerose generazioni di nati nel decennio 1955-1965 avranno compiuto i 65 anni. Allo stesso tempo, la popolazione in età lavorativa continuerà ad invecchiare, rendendo ancora più critica, anche in termini di sostenibilità economica, la struttura per età della popolazione. L'effetto dell'inerzia demografica, cioè del cambiamento demografico indotto dalla struttura per età della popolazione, è già in corso e la popolazione residente in età tra 15 e 39 anni è in contrazione già dai primi anni 2000. Nel periodo 1.1.2006-1.1.2016 la popolazione tra 15 e 39 anni è diminuita di circa 116 mila unità, mentre nella fascia di età 40-64 anni si contano 239 mila persone in più.

La contrazione della popolazione dei giovani e adulti implica una prospettiva di diminuzione delle potenziali madri. Se a ciò si affianca anche il diminuito contributo della popolazione immigrata, è possibile ancora un decennio di nascite in leggera diminuzione. Il numero medio di figli per donna,

oggi attorno a 1,4, e ben al di sotto della soglia di 2,1 figli per donna che, a parità di altre condizioni, garantirebbe la stabilità della popolazione.

Nel contempo, è possibile che l'aumento del numero di anziani manterrà costante, o farà aumentare, il numero di decessi annui, anche in presenza di aumenti dell'aspettativa di vita. Si prospetta un decennio ancora di peggioramento della capacità di ricambio interna del sistema demografico dell'Emilia-Romagna.

Scenari prospettici costruiti sotto diverse ipotesi di sviluppo dei parametri demografici evidenziano le tendenze appena descritte come tendenze generali e, quindi, fondamentali nel dibattito su come disegnare un percorso di sviluppo sostenibile per i territori europei.

1.3.2 Sistema di governo locale

Province e Città Metropolitana. La legge 7 aprile 2014, n. 56 in materia di '*Disposizioni sulle Città Metropolitane, sulle Province, sulle Unioni e fusioni di Comuni*', nota con il nome di '*Legge Delrio*' ha ridisegnato, a Costituzione invariata, il sistema di governo locale, avendo circoscritto il proprio raggio di azione alle Città Metropolitane, alle Province ed alle unioni e fusioni di Comuni.

Le legge infatti ha dato corpo alle prime, rivoluzionato il modo di essere delle seconde, innovato sensibilmente le terze. Essa si connette anche con il disegno di legge costituzionale di riforma del Titolo V, Parte seconda, della Costituzione, approvato dal Senato in prima lettura il 13 ottobre 2015.

Al riordino delle funzioni si è provveduto in Emilia-Romagna con la LR 30 luglio 2015, n. 13,

La L. 56/2014, nel dare avvio al processo di riordino territoriale, ha previsto che le Province siano configurate quali enti territoriali di Area Vasta, trasformandole da enti territoriali direttamente rappresentativi delle proprie comunità ad enti di secondo livello, titolari di rilevanti funzioni fondamentali³⁸.

Sulla base della legge Delrio, le funzioni conferite alle Province dall'ordinamento previgente sono state sottoposte ad un complesso processo di riordino, all'esito del quale le stesse sono state confermate in capo alle Province, conferite a Comuni o a loro forme associative, ovvero ricondotte in capo alla Regione.

L'istituzione delle Città Metropolitane (tra le quali è compresa Bologna) - che a partire dal 1° gennaio 2015 sono subentrate alle rispettive Province - è stato l'esito di un lungo percorso che vede nella L. 56/2014 lo strumento di attuazione e di definizione degli aspetti operativi. Sono attribuite alle Città Metropolitane:

- le funzioni fondamentali attribuite alle Province nell'ambito del processo di riordino;
- ulteriori rilevanti funzioni fondamentali³⁹.

La Regione Emilia Romagna, nel rispetto di quanto previsto dalla L. 56/2014 ha avviato nel 2014 e concluso nel 2015 una ricognizione delle funzioni, delle risorse umane, strumentali, immobiliari e mobiliari delle Province. Il personale dipendente dalle Province alla data della ricognizione (Dicembre 2014) è risultato di 3.980 unità circa.

Contestualmente, la Regione Emilia Romagna, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni partecipa ai lavori dell'Osservatorio nazionale per l'attuazione della legge Delrio e ha costituito e coordina le attività relative alla gestione dei lavori dell'Osservatorio regionale, appositamente costituito quale sede di concertazione tra i diversi livelli istituzionali. In tale sede la Regione opera attraverso il coinvolgimento di tutte le Direzioni generali e di tutti i rappresentanti delle Province interessate dal trasferimento del personale e delle risorse strumentali.

Nel quadro del processo di riforma delineato dalla legge Delrio si è collocato, anche, il percorso di costituzione della Città Metropolitana di Bologna che, nel corso del 2014, ha provveduto all'elezione dei propri organi e a dotarsi del relativo Statuto che è stato approvato dal Consiglio Metropolitan di Bologna in data 23 dicembre 2014.

Comuni e forme associative. Nell'ambito del nuovo sistema di *governance* locale delineato dalla L. 56/2014, i Comuni sono interessati da processi di fusione, unione e di gestione associata delle funzioni fondamentali.

L'obbligatorietà della gestione associata per i piccoli Comuni è stata introdotta con il DL 31 maggio 2010, n. 78, *‘Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica’*, convertito con modificazioni dalla L. 30 luglio 2010, n. 122 (più volte modificato) che ha imposto (art. 14, comma 27) ai Comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti, ovvero fino a 3.000 abitanti se appartenenti o appartenuti a comunità montane (comma 28), l'obbligo di gestire in forma associata tutte le loro funzioni fondamentali di cui al comma 27, ad esclusione della lettera l) (tenuta dei registri di stato civile e di popolazione e compiti in materia di servizi anagrafici nonché in materia di servizi elettorali, nell'esercizio delle funzioni di competenza statale), ed ha demandato alla legge regionale l'individuazione dell'ambito ottimale per il loro svolgimento. La Legge 56 ha dettato ulteriori norme in merito alle Unioni di Comuni e ai processi di fusione e incorporazione comunale (art.1 c. 104-141) anche attraverso la previsione di misure di incentivazione finanziaria.

La LR 21 dicembre 2012, n. 21 (*“Misure per assicurare il governo territoriale delle funzioni amministrative secondo i principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza”*), in attuazione della normativa statale, ha dettato la disciplina procedimentale e i criteri sostanziali per l'individuazione della dimensione territoriale ritenuta ottimale ai fini della gestione associata obbligatoria, estendendo a tutti i Comuni inclusi negli ambiti ottimali, compresi quelli con popolazione superiore alla soglia indicata dal legislatore statale, l'obbligo di gestire in forma associata alcune funzioni fondamentali, quali i servizi informatici ed altre 3 funzioni scelte tra pianificazione urbanistica ed edilizia, protezione civile, sistema locale dei servizi sociali, polizia locale, gestione del personale, tributi e sportello unico telematico per le attività produttive (SUAP).

La LR 21/2012 muove dall'idea che la massima efficienza del sistema amministrativo nel suo complesso possa raggiungersi principalmente attraverso il consolidamento del ruolo delle Unioni di Comuni e delle fusioni dei Comuni, specie per i Comuni di piccole dimensioni, per superare le crescenti difficoltà, garantendo il raggiungimento di economie di scala, l'efficienza dei servizi nonché un adeguato livello di preparazione tecnica a fronte di competenze amministrative che vanno via via aumentando.

A seguito delle definizioni, su proposta dei comuni, di 46 ambiti territoriali ottimali da parte della Giunta (DGR 286/2013) che comprendono tutti i comuni esclusi soltanto 7 capoluoghi, i comuni hanno avviato, proseguito e portato a compimento i processi di adeguamento alla legge da parte delle unioni esistenti provveduto alla costituzione di nuove unioni, in particolare di quelle derivate, da comunità montane estinte.

Peraltra con deliberazione n. 1904 del novembre 2015 l'ambito territoriale denominato “Rimini sud” è stato suddiviso nei due ambiti di “Valconca” ricomprendente i Comuni di Gemmano, Mondaino, Montefiore Conca, Montegridolfo, Monte Colombo, Montescudo, Morciano di Romagna, San Clemente e Saludecio e in quello denominato Riviera del Conca comprendente i comuni di Cattolica, Coriano, Misano Adriatico, Riccione e San Giovanni in Marignano, sulla base dell'art. 6 bis della LR 21/2012 introdotto dall'articolo 8 LR 13/2015

Pertanto ad oggi le unioni di comuni conformi alla LR 21/2012, a seguito di processi di aggregazione e adeguamento, sono 44 (di cui 23 già svolgono la gestione associata dei servizi sociali sull'intero ambito e 3 a livello di sub-ambito).

Nel 2016 sono continuati i processi di adesione di singoli comuni non ancora associati all'unione del proprio ambito (Malalbergo e Castenaso nell'Unione Terre di pianura, e Saludecio nell'Unione della Valconca, che decorrono dal 1.1. 2016 nonché Bedonia nell'Unione Valli Taro e Ceno che decorre in corso d'anno), che in alcuni casi è così diventata coincidente con l'ambito stesso ed inoltre sono stati portati a compimento in molte unioni i processi di gestione effettiva delle funzioni obbligatorie tra tutti i comuni (necessarie anche per l'accesso ai contributi) compreso il trasferimento del relativo personale comunale.

Parallelamente diverse unioni costituite da più tempo hanno messo in campo ulteriori iniziative di sviluppo e di riorganizzazione, particolarmente con riguardo alle centrali uniche di committenza e in due casi alle funzioni dei servizi finanziari, queste di grandissima rilevanza.

E' da segnalare inoltre come dato generale un ulteriore incremento delle gestioni associate, nonostante l'ulteriore proroga al 1° gennaio 2017 dell'obbligo di gestione associata delle funzioni fondamentali da parte dei comuni di minori dimensioni: questo dato incrementale testimonia che la rete delle Unioni nella nostra regione è molto attiva e dinamica.

Per ciò che riguarda i processi di fusione, le fusioni finora concluse in Regione sono 8 e hanno portato alla soppressione di 22 Comuni: dal 1° gennaio 2014 sono istituiti i 4 Comuni di Valsamoggia (BO), Fiscaglia (FE), Poggio Torriana (RN), Sissa Trecasali (PR), con soppressione di 12 preesistenti Comuni, e dal 1° gennaio 2016 sono nati i 4 Comuni di Ventasso (RE), Alto Reno Terme (BO), Polesine Zibello (PR), Montescudo – Monte Colombo (RN), subentrati a 10 preesistenti Comuni. Pertanto, il numero complessivo dei Comuni dell'Emilia Romagna è diminuito dai 348 Comuni nel 2013 a 334 al 1° gennaio 2016.

Sono attualmente in corso 6 nuovi procedimenti di fusione che riguardano altri 16 Comuni della Regione, nella Città metropolitana di Bologna e nelle Province di Ferrara, Piacenza, Reggio Emilia e Rimini.

Per sostenere nel modo migliore i processi di fusione è stata approvata (con DGR n. 379/2016) la nuova disciplina del sostegno finanziario - adottata in attuazione dell'art. 18 bis della LR 24/1996 introdotto dall'art. 9 della LR 13/2015- che, per i prossimi anni, la Regione intende mettere a disposizione dei Comuni intenzionati ad intraprendere percorsi di fusione, specialmente di quelli in difficoltà per ragioni territoriali e/o finanziarie.

Proseguono, inoltre, le attività dell'Osservatorio regionale delle fusioni (istituito con DGR n. 446/2015), insediatosi nel dicembre 2015, quale sede di raccordo tra tutti gli interlocutori istituzionali impegnati a supportare i processi di fusione.

Poiché dal territorio regionale provengono numerose sollecitazioni e il dibattito politico istituzionale sul tema è sempre più vivace, la Regione si è organizzata per accompagnare i Comuni dell'intero percorso, sostenendo anche la fase partecipativa e gli studi di fattibilità propedeutici all'avvio dei percorsi, fino alla complessa attività di riorganizzazione funzionale connessa all'avvio dei nuovi enti a seguito di fusione.

Grande attenzione è dedicata alla comunicazione, attraverso il sito della Giunta dedicato alle fusioni, per agevolare concretamente gli amministratori che vogliano intraprendere questi processi.

Riforma delle Province e riordino territoriale in Emilia Romagna. Come anticipato la L. 56/2014, che nasce con forti elementi di transitorietà istituzionale, è intervenuta sull'assetto istituzionale e funzionale delle Province, nonché sull'istituzione della Città Metropolitana, ma non sulla modifica del numero o dei confini delle prime.

Nell'attuale quadro normativo ed in attesa dell'entrata in vigore della legge di riforma costituzionale, per la Regione si è aperta una importante fase di sperimentazione istituzionale in cui affrontare vari temi, dall'esercizio delle funzioni di area vasta in ambiti territoriali adeguati al "nuovo modello territoriale" in cui Regione, Città Metropolitana di Bologna, Province, comuni e loro unioni sono chiamati a concorrere sulla base di nuovi presupposti.

A seguito di un ampio confronto istituzionale, la Regione ha adottato la LR 13/2015, la quale coniuga l'esigenza del riordino delle funzioni Provinciali con la necessità di costruire un nuovo modello di *governance* territoriale che, partendo dalle innovazioni apportate dalla L. 56/2014, possa non solo affrontare le complessità della fase transitoria ma anche porre le premesse per lo sviluppo del sistema territoriale nel suo complesso, seppure in un contesto di estrema crisi finanziaria.

In questa prospettiva, il punto di partenza è rappresentato dalla definizione strategica del nuovo ruolo istituzionale che dovranno avere Regione, Città Metropolitana di Bologna, Province, comuni e loro unioni, in una cornice ispirata al principio di massima integrazione tra tutti i livelli istituzionali.

Il perno essenziale del "nuovo modello territoriale" è rappresentato da più incisive sedi di concertazione inter-istituzionale, volte ad assicurare il concorso effettivo delle aree vaste metropolitana e Provinciali alla definizione delle strategie territoriali.

A questo fine, la legge regionale ha previsto l'istituzione della Conferenza inter-istituzionale per l'integrazione territoriale composta dal Presidente della Regione, che la presiede, dall'Assessore regionale competente in materia di riordino istituzionale, dal Sindaco metropolitano, dai Presidenti delle Province, nonché dal Presidente di ANCI regionale. Tale Conferenza, che è posta a presidio del rafforzamento dell'integrazione amministrativa e territoriale, ha approvato, nella sua seduta di insediamento, un documento unitario di strategia istituzionale e di programmazione degli obiettivi del governo territoriale. Ad essa è attribuito il compito, altresì, di presidiare la transizione istituzionale fino al completamento del processo di riordino, in coerenza con le disposizioni della LR 13/2015 e nel quadro dei principi di cui alla L. 56/2014, subentrando sostanzialmente dal punto di vista materiale alle funzioni precedentemente svolte dall'Osservatorio regionale per l'attuazione della L. 56/2014.

Per il governo delle relazioni Regione-Città Metropolitana di Bologna, è prevista un'apposita sede istituzionale e di indirizzo (Regione-Città Metropolitana di Bologna), ai fini dello sviluppo di indirizzi legislativi e programmatico-politici coerenti, innanzitutto, con il Piano strategico metropolitano, nel perseguimento delle finalità attribuite a tale strumento dalla legge statale. Il tutto, sulla base di una Intesa generale quadro, sottoscritta dal Presidente della Regione Emilia-Romagna e dal Sindaco della Città Metropolitana in data 13 gennaio 2016.

La legge regionale è strutturata in modo da far emergere subito e nitidamente il suo impianto generale. Poste le premesse per l'individuazione del "nuovo modello territoriale", attraverso la definizione del ruolo istituzionale di tutti i livelli del governo territoriale e dei nuovi strumenti di *governance*, è resa esplicita la volontà del legislatore di far corrispondere le specifiche proposte di riordino a settori organici di materie (Ambiente, difesa del suolo e della costa, protezione civile, Trasporti e viabilità, Agricoltura, caccia e pesca, Attività produttive, commercio e turismo, Istruzione e formazione professionale, Lavoro, cultura, sport e giovani, Sanità e politiche sociali).

Per ciascun settore organico di materia sono state indicate le funzioni oggetto di riordino sotto il profilo della competenza o del contenuto, le funzioni confermate in capo ai diversi soggetti istituzionali, nonché i principi per i successivi adeguamenti legislativi.

Nel quadro delle disposizioni della L. 56/2014, a ciascun livello di governo sono attribuiti compiti e funzioni in coerenza, rispettivamente, con il ruolo istituzionale di indirizzo, pianificazione e controllo della Regione, di governo dell'area vasta della Città Metropolitana di Bologna, di governo delle aree vaste delle Province, del governo di prossimità dei comuni e delle loro unioni.

Un punto nevralgico della legge regionale è rappresentato dal ruolo istituzionale che le Province possono esercitare a seguito dell'approvazione della L. 56/2014, che, come è ben noto, le ha trasformate in enti di secondo grado, ad elezione indiretta, i cui organi sono composti da sindaci e consiglieri comunali, prevedendone una nuova fisionomia funzionale, di portata ben più circoscritta rispetto a quella previgente. La legge regionale ha inteso porre le premesse perché in prospettiva si possano determinare le condizioni per realizzare, in Emilia-Romagna, "aree vaste inter-provinciali" secondo le specifiche esigenze dei territori. E' previsto, in particolare, la possibilità che, su iniziativa delle Province, le funzioni loro attribuite dalla legislazione statale vigente ed in particolare dall'articolo 1, comma 85, della L. 56/2014, nonché quelle loro confermate dalla Regione con la Legge Regionale n. 13, siano esercitate in forma associata, previa convenzione, e in ambiti territoriali di area vasta adeguati. Infatti, per dar seguito alle previsioni della Legge Regionale n. 13, le Province della Romagna (Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini) ed alcune Province dell'Emilia (Parma e Piacenza) hanno approvato, nei rispettivi Consigli, delibere per l'attivazione di progetti sperimentali di associazione di funzioni in area vasta. A seguito delle suddette delibere i Consigli delle tre province romagnole hanno approvato due accordi attuativi con particolare riferimento all'associazione delle funzioni di pianificazione territoriale e di gestione dei sistemi informatici.

La LR n. 13 si caratterizza anche per valorizzare il ruolo dei comuni e delle loro unioni. Emerge dalla disciplina il "nuovo" ruolo riservato alle unioni conformi alle previsioni della LR 21/2012, individuate quali "interlocutori" istituzionali della Regione. La legge regionale, con norma di

principio, rafforza il ruolo delle unioni chiamate a partecipare alle politiche ed alla programmazione regionale nell'ambito delle sedi di confronto e partecipazione. La legge specifica inoltre che l'Unione costituisce, nello sviluppo delle politiche regionali stesse, il perno dell'organizzazione dei servizi di prossimità al cittadino a presidio del territorio. In coerenza a tali principi, si anticipa la scelta del legislatore di attribuire alle unioni di comuni funzioni in materia di vincolo idrogeologico e forestazione, unitamente ad alcune funzioni a presidio dello sviluppo turistico dei territori; titolari di queste funzioni sono le unioni costituite negli ambiti di cui alla LR 21/2012, ovvero i comuni qualora non aderenti ad alcuna unione.

Apposite misure sono volte a favorire lo sviluppo delle fusioni di comuni, introducendo norme di semplificazione procedimentale e di incentivazione finanziaria, volte a stimolare fusioni demograficamente significative e coinvolgenti il maggior numero di comuni.

A presidio della fase transitoria, la legge regionale contiene specifiche disposizioni volte a regolare le procedure di mobilità del personale interessato dal riordino delle funzioni, prevedendo forme di coinvolgimento e confronto con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

L'obiettivo che si persegue è quello di ottimizzare l'allocazione delle risorse umane, in coerenza al nuovo ruolo istituzionale dei diversi livelli di governo, perseguendo la valorizzazione delle competenze ed il mantenimento della professionalità dei dipendenti nel nuovo contesto organizzativo. A tal fine, la Giunta regionale ha approvato due accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per la definizione del percorso di transizione riferito al personale, ai procedimenti ed alle dotazioni strumentali, ivi compresi gli immobili.

Per il governo delle complessità inerenti alla fase transitoria e a garanzia della continuità di esercizio delle funzioni amministrative, la legge regionale ha previsto l'istituzione di una unità tecnica di missione trasversale, posta a presidio del monitoraggio degli effetti derivanti dal riordino delle funzioni amministrative ed a garanzia della chiusura dei lavori svolti dalle unità tecniche di missione settoriali, che hanno operato per la ricognizione dei procedimenti amministrativi in corso alla data di decorrenza dell'esercizio della funzione da parte dell'ente subentrante, per la ricognizione dei beni e delle risorse finanziarie e strumentali.

La LR 13/2015 affronta inoltre il tema della disciplina e del riparto delle funzioni amministrative tra Regione, Città Metropolitana di Bologna, Province, Comuni e loro Unioni, dedicando specifici capi ai diversi settori organici di materie. In generale il legislatore regionale ha inteso operare una distinzione delle competenze fra i vari livelli di governo attuando i principi di sussidiarietà, di economicità ed adeguatezza dell'azione amministrativa, riservando per sé o per le sue Agenzie strumentali tutte quelle funzioni che richiedevano la costituzione di centri di competenza interistituzionali, come ad esempio nell'**Ambiente** si è fatto per Agenzia regionale per la prevenzione, l'ambiente e l'energia e per Agenzia di protezione civile e sicurezza territoriale, cui sono state riconosciute tutte le funzioni di gestione amministrativa e di controllo.

Altri esempi significativi del riordino delle funzioni amministrative operata dalla Regione sono rinvenibili in modo particolare nell'**Agricoltura, caccia e pesca**, nel quale il legislatore regionale ha riaccentrato in capo a sé tutte le funzioni comprese quelle gestionali rispondendo in tal modo ai dettami della disciplina europea di settore. Nella materia del **Lavoro e Formazione Professionale** si è prevista la costituzione di una unica Agenzia Regionale del Lavoro che assumerà al suo interno tutto il personale e tutte le funzioni precedentemente svolte dalle Province e dalla Città Metropolitana di Bologna.

La Regione a seguito dell'approvazione della LR 13 ha approvato una serie di atti di natura organizzativa per garantire la transizione delle funzioni in capo ai nuovi titolari oltre che il personale ad esse dedicato.

In sintesi, si elencano di seguito gli atti adottati dopo l'entrata in vigore della LR 13/2015:

- DGR n. 1483 del 6/10//2015 di costituzione delle Unità tecniche di missione;
- DGR n. 1606 del 26/10/2015 di approvazione dello schema di convenzione tra il Ministero del Lavoro e la Regione Emilia-Romagna per la regolazione dei rapporti per la gestione dei servizi per il lavoro e politiche attive;

□□DGR n. 1620 del 29/10/2015 di approvazione dello Statuto dell'Agenzia regionale per il lavoro;
□□DGR n. 1645 del 29/10/2015 di approvazione degli elenchi del personale soprannumerario di province e Città metropolitana di Bologna (a cui fa seguito l'integrazione disposta con la DGR n. 1910 del 24/11/2015);

□□DGR n. 2170 del 21/12/2015 di approvazione della direttiva per svolgimento di funzioni in materia di VAS, VIA, AIA ed AUA in attuazione della l.r. n. 13/2015;

□□DGR n. 2173 del 21/12/2015 di approvazione dell'assetto organizzativo generale dell'Agenzia regionale per la prevenzione, l'ambiente e l'energia di cui alla LR. n. 13/2015;

□□DGR n. 2174 del 21/12/2015 di approvazione schema di convenzione per lo svolgimento di funzioni amministrative in attuazione della l.r. n. 13/2015;

□□DGR n. 2230 del 28/12/2015 che fissa la decorrenza delle funzioni oggetto di riordino e dispone la riallocazione del personale delle province e della Città metropolitana di Bologna.

Inoltre, a partire dalla fine del 2015 la Regione ha approvato alcuni interventi di adeguamento della legislazione di settore in coerenza con il nuovo assetto di funzioni, così come previsto dalla LR n. 13 di riordino e secondo i principi in essa contenuti.

In particolare, in materia di caccia, in attuazione dell'articolo 43 della LR n. 13 la revisione è avvenuta con la LR 26 febbraio 2016, n. 1 (*Modifiche alla legge regionale 15 febbraio 1994, n. 8 "Disposizioni per la protezione della fauna selvatica e per l'esercizio dell'attività venatoria"*).

In attuazione dell'art. 44, comma 2, della legge regionale n. 13, il quale prevede che il riordino delle funzioni in materia di demanio marittimo sia definito con apposita legge regionale, è stata adottata la legge regionale 29 dicembre 2015, n. 25 (*Norme di semplificazione della disciplina regionale in materia di demanio marittimo. Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 31 maggio 2002, n. 9*).

In attuazione dell'articolo 48, il quale contempla una legge regionale di revisione della legge regionale in materia di Organizzazione turistica regionale, è stata adottata la LR 25 marzo 2016, n. 4 "*Ordinamento turistico regionale - sistema organizzativo e politiche di sostegno alla valorizzazione e promo-commercializzazione turistica. Abrogazione della legge regionale 4 marzo 1998, n. 7 (Organizzazione turistica regionale - interventi per la promozione e la commercializzazione turistica)*".

Con la LR n. 4 la Regione, ha sancito l'istituzione delle c.d. **Destinazioni turistiche di interesse regionale**, prevedendo, in particolare:

1. che la Regione istituisca, su proposta della Città metropolitana di Bologna e delle Province, le aree vaste a finalità turistica di cui all'articolo 48 della LR n. 13/2015. Le proposte devono essere presentate entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge;

2. che all'interno di ciascuna area vasta, la Regione, con un apposito atto della Giunta e sulla base delle proposte degli enti locali interessati, istituisca le Destinazioni turistiche finalizzate all'organizzazione della promo-commercializzazione del turismo dell'Emilia-Romagna e che all'interno di ogni area vasta non possa essere istituita più di una Destinazione turistica;

3. che, qualora la Città metropolitana di Bologna proponga come area vasta a finalità turistica l'ambito territoriale coincidente con il perimetro del territorio metropolitano, la Città metropolitana stessa assuma la funzione di Destinazione turistica, in virtù della funzione fondamentale di promozione e coordinamento dello sviluppo economico prevista dall'articolo 1, comma 44, della L 7 aprile 2014 n. 56 (Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni), e in attuazione dell'Intesa quadro tra Regione Emilia-Romagna e Città metropolitana di Bologna.

A questo riguardo va segnalato che **la città Metropolitana di Bologna ha istituito l'area vasta a finalità turistica** con la deliberazione del Consiglio Metropolitano n. 26 del 25 maggio 2016, mentre la Regione sta concertando modelli di aree vaste e di destinazioni turistiche con gli altri territori. La stretta connessione tra l'area vasta a finalità turistica - intesa come ambito territoriale - e la Destinazione Turistica - che è ente pubblico strumentale degli Enti locali - caratterizza il nuovo assetto organizzativo del settore turistico, delineato dalla legge regionale n. 4 del 2016, dal quale

deriva che i territori aderiscono al sistema turistico regionale – e conseguentemente ai finanziamenti previsti – attraverso la costituzione delle c.d. Destinazioni Turistiche. Queste ultime assorbiranno di fatto le competenze e le risorse che la normativa previgente assegnava alle Province in materia di programmi turistici di promozione locale (P.T.P.L.) ed alle Unioni di Prodotto in materia di promozione turistica. Esse diventeranno quindi luogo di incontro tra enti pubblici e imprese, nonché strumento di concertazione delle strategie promo-commerciali. La Destinazione turistica, così come finora l'Unione di prodotto, deve configurarsi come luogo e strumento di sviluppo della collaborazione e della costruzione di sinergie tra pubblico e privato per la realizzazione di programmi, progetti ed azioni promo-commerciali a sostegno dei territori e dei prodotti e servizi turistici della medesima destinazione.

In materia socio-sanitaria, in attuazione dell'articolo 64, comma 5, della LR n. 13/2015 il quale prevede che con successiva legge regionale in materia di **organizzazione del servizio farmaceutico** siano disciplinati, in particolare, il procedimento di formazione e revisione della pianta organica delle farmacie comunali, nonché i casi in cui le funzioni comunali sono esercitate dalle Unioni costituite ai sensi della LR 21/2012, è stata adottata la LR 3 marzo 2016, n. 2 (*Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali*)

Il nuovo assetto delle funzioni in materia di organizzazione del servizio farmaceutico, dettato dalla LR 2/2016, prevede che tali funzioni - svolte in precedenza prevalentemente dalle province – siano ora ripartite tra la Regione, i Comuni e le Aziende Sanitarie, in quanto il livello provinciale non è sembrato più adeguato allo svolgimento delle funzioni medesime. In particolare, in coerenza con l'attribuzione da parte del legislatore nazionale della funzione di individuazione delle sedi farmaceutiche di nuova istituzione in capo al Comune, il legislatore regionale ha disegnato un sistema che prevede in capo ai Comuni l'esercizio di tutte le competenze strettamente connesse alla pianificazione sul territorio delle sedi farmaceutiche, riservando alla Regione - che si avvale delle Aziende Sanitarie - le funzioni di impulso, controllo e sostituzione volte a garantire l'approvazione biennale delle piante organiche e i conseguenti concorsi per l'assegnazione delle sedi. L'articolo in oggetto, inoltre, rimanda ad una successiva legge regionale la disciplina del procedimento di formazione e revisione della pianta organica.

Inoltre, l'art. 88 della LR 3/2015, a decorrere dall'entrata in vigore della riforma dell'organizzazione del servizio farmaceutico, ha previsto l'abrogazione degli articoli 185 e 186 della LR 3/1999, riguardanti le funzioni provinciali in materia di servizi farmaceutici.

La LR n. 2/2016 ha colto anche l'occasione per provvedere ad un più ampio riordino di tutta la materia relativa all'assistenza farmaceutica nel rispetto dei principi di semplificazione e chiarezza normativa.

In attuazione dell'articolo 65, comma 2, della LR 13/2015 il quale - oltre a riconoscere alla Regione la titolarità delle funzioni in materia sociale ed educativa già spettanti alle Province e non ricomprese tra quelle indicate dalla L. 56/2014 come fondamentali - stabilisce che con successive leggi regionali si provveda alla riforma delle leggi nei settori sociale ed educativo, è in corso di adozione progetto di legge regionale recante "*Modifiche legislative in materia di politiche sociali e abitative conseguenti alla riforma del sistema di governo regionale e locale*", approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 800 del 30 maggio 2016

L'intervento legislativo in corso di approvazione, ha l'obiettivo, oltre che di completare il processo di riordino normativo in conformità con il nuovo assetto delle funzioni stabilito dall'articolo 65, di assicurare sul territorio regionale un'adeguata articolazione della funzione amministrativa, in coerenza con quanto individuato dalla LR 21 dicembre 2012, n. 21 sul riordino territoriale.

Il progetto di legge interviene aggiornando ed armonizzando la disciplina vigente nelle diverse materie afferenti alle politiche sociali, al Terzo settore, alle politiche per le giovani generazioni e alle politiche abitative, rispetto al nuovo assetto istituzionale regionale e locale.

Le modifiche legislative proposte coinvolgono principalmente le seguenti leggi:

□ □ LR n. 2 del 2003 in materia di sistema integrato di interventi e servizi sociali;

- LR n. 5 del 2004 in materia di integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati;
- LR n. 34 del 2002 riguardante la valorizzazione delle associazioni di promozione sociale;
- LR n. 12 del 2005 riguardante la valorizzazione delle organizzazioni di volontariato;
- LR n. 14 del 2008 in materia di politiche per le giovani generazioni;
- LR n. 24 del 2001 in materia di politiche abitative.

Viene colta inoltre l'occasione di intervenire sotto il profilo della semplificazione e della chiarezza normativa nelle diverse leggi settoriali, prevedendo anche l'abrogazione espressa del Capo II del Titolo VII della Parte Seconda della LR 21 aprile 1999, n. 3 (*Riforma del sistema regionale e locale*), nel quale era contenuta la disciplina dell'attribuzione delle competenze in materia tra i diversi livelli di governo regionale, in attuazione della cosiddetta “*Riforma Bassanini*”.

1.3.3 Il quadro della finanza territoriale

Comuni. Il concorso degli Enti Locali agli obiettivi di finanza pubblica per l'anno 2017 è definito dalla L. 243/2012 che, all'articolo 9, introduce l'equilibrio dei bilanci delle Regioni e degli Enti Locali, come già visto nella sezione 1.2.2.

La L. 243 disciplina anche il ricorso all'indebitamento, prevedendo all'articolo 10 che nessun ente territoriale possa ricorrere all'indebitamento in misura superiore all'importo della spesa per rimborso prestiti risultante dal proprio bilancio di previsione. L'indebitamento, inoltre, è consentito solo per il finanziamento di spese di investimento e contestualmente all'adozione di piani di ammortamento di durata non superiore alla vita utile del bene che si acquista o realizza.

L'ulteriore ricorso all'indebitamento è subordinato alla definizione di intese da concludersi in ambito regionale. A questo fine gli enti dovranno comunicare annualmente il saldo di cassa finale che prevedono di conseguire e gli investimenti che si propongono di realizzare attraverso il ricorso all'indebitamento o mediante i risultati di amministrazione degli esercizi precedenti. Le Regioni potranno redistribuire le possibilità di investimento, senza aumentare il debito territoriale complessivo, garantendo l'equilibrio della gestione di cassa finale del complesso degli enti territoriali del proprio territorio.

Il disegno di legge presentato al Senato in materia di “*Modifiche alla legge 24 dicembre 2012 n. 243, in materia di equilibrio dei bilancio delle regioni e degli Enti Locali*”, prevede il rispetto di un unico saldo non negativo in termini di competenza (in luogo degli 8 previsti nella formulazione attuale) e il rimando alla Legge dello Stato per la disciplina del conteggio del fondo pluriennale vincolato nell'equilibrio. Per quanto riguarda l'art. 10, le modifiche proposte concernono l'introduzione di meccanismi analoghi a quelli per il debito, per l'utilizzo dell'avanzo di amministrazione per operazioni di investimento.

Infine, nel presentare il quadro complessivo in cui si trovano ad operare i Comuni, è opportuno non dimenticare l'evoluzione della normativa che negli ultimi 5 anni ha prodotto una contrazione della spesa corrente e di investimento. Con riferimento ai comuni dell'Emilia Romagna e al periodo 2010 – 2014, i grafici che seguono mostrano i dati di entrata e di spesa⁴⁰.

Analisi delle entrate. Le entrate correnti mostrano l'incremento nel corso degli anni delle entrate tributarie, in valore assoluto circa 1,5 miliardi di differenza tra il 2014 e il 2010, risultato prodotto dal tentativo di introdurre il “federalismo fiscale”, disciplinato dalla L. 42 del 2009. Si tratta, in realtà, di una diversa contabilizzazione di alcuni trasferimenti (fiscalizzazione dei trasferimenti correnti attraverso l'introduzione della compartecipazione all'IVA)⁴¹ riducendo di conseguenza l'ammontare dei trasferimenti rispetto al 2010. Nel 2012, con l'introduzione dell'Imposta Municipale Propria, l'autonomia finanziaria diventa ancora più marcata, anche se complessivamente il sistema tributario dei Comuni continua a manifestare segni di ritardo nell'attuazione del progetto di ampliamento dei margini di autonomia effettiva. Anche le novità introdotte dalla legge di stabilità 2014⁴² in tema di abolizione della Tassa sui Servizi Indivisibili (TASI) sull'abitazione principale, sull'esclusione dalla tassazione locale dei terreni agricoli e sulle altre misure agevolative fiscali ed il contestuale incremento del fondo di solidarietà comunale a compensazione delle perdite di gettito, non fanno che rafforzare un sistema di finanziamento basato sui trasferimenti, che si allontana dai criteri della riforma del federalismo fiscale municipale.

Queste disposizioni, unitamente al blocco delle aliquote, hanno comportato una revisione delle assegnazioni a titolo di Fondo di Solidarietà Comunale con un incremento, a decorrere dall'anno 2016, di complessivi 3.767,45, in modo da garantire l'invarianza di gettito ai comuni pur nel mutato quadro normativo. La manovra finanziaria risulta, per il comparto dei comuni, di tipo espansivo per circa 1.000 milioni di euro nel 2016, 200 nel 2017 e 75 nel 2018.

Nel rapporto di composizione le entrate tributarie passano dal 42% ad oltre il 70% rispetto al totale delle entrate correnti; una dinamica dovuta sia al protrarsi del ricorso allo sforzo fiscale degli enti, sia alle modifiche dei moltiplicatori applicati per la determinazione delle basi imponibili di alcune imposte. Non va poi dimenticata l'incidenza della tassa per la raccolta e smaltimento dei rifiuti allocata obbligatoriamente tra le entrate tributarie a partire dal 2013/43. Di conseguenza, nel periodo in osservazione il livello delle entrate tributarie, secondo la distribuzione pro capite, è passato dal valore di 385,08 euro pro capite del 2010 ai 730,86 euro pro capite del 2014.

Parallelamente, l'incidenza dei trasferimenti correnti passa dal 31% del 2010 all'8,50% del 2014, con una riduzione da 1,27 miliardi di euro del 2010 a 392 milioni nel 2014. L'andamento in controtendenza del 2013, invece, è dovuto al sisma del maggio 2012, che ha comportato un incremento dei trasferimenti correnti e una dilazione dei termini per il versamento dei tributi.

Per quello che riguarda le entrate da tariffe, gestione dei beni e partecipazioni (entrate extratributarie) si registra una tendenziale diminuzione dovuta anche al passaggio di molti comuni da tariffa a tassa in ordine alla gestione del servizio smaltimento rifiuti, con conseguente contabilizzazione dell'entrata al Titolo I.

Le risorse per gli investimenti mostrano un progressivo decremento, dovuto principalmente alla difficoltà di una ripresa delle attività edilizie, con conseguente crollo degli oneri di urbanizzazione.

L'eccezione dell'anno 2013, è dovuta agli effetti della ricostruzione post sisma. Si conferma, inoltre, l'incremento di entrate da indebitamento negli ultimi due anni, determinato dalla contabilizzazione delle anticipazioni di liquidità previste dal DL n. 35/2013 e dal DL n. 66/2014, in presenza di un margine in conto capitale negativo.

Analisi della spesa. L'analisi condotta in merito alle spese dei Comuni mostra una generale tendenza alla contrazione. La variazione complessiva della spesa corrente 2014/2010 registra un incremento del 7,8% contro la riduzione della spesa in conto capitale del 31,2%

La spesa corrente, rigida per definizione, risente dei ripetuti tagli imposti dal legislatore registrando, comunque, un incremento nel 2013 corrispondente all'internalizzazione della spesa per il servizio smaltimento rifiuti.

Sulle spese per investimento emerge una riduzione consistente imputabile principalmente alle stringenti regole del Patto di stabilità interno applicate, a partire dal 2013, anche ai comuni con popolazione compresa tra i 1.000 e i 5.000 abitanti e soprattutto ai tagli consistenti derivanti dalle manovre di finanza pubblica che cumulativamente, negli ultimi anni, hanno avuto ripercussioni non indifferenti sulla finanza locale.

Nonostante le anticipazioni di liquidità e gli spazi finanziari a tal fine previsti dal DL n. 35/2013 e dal DL n. 66/2014, l'auspicato incremento delle spese in conto capitale, e la conseguente ripresa degli investimenti con le attese ricadute in termini di sviluppo delle economie locali, non si è registrato sia per la mancanza di liquidità degli enti, sia per le tempistiche decisamente lunghe della spesa per investimenti, connesse alla necessità di un'adeguata programmazione della stessa.

La riduzione della spesa per restituzione di mutui e prestiti è dovuta ai vincoli imposti dal legislatore che ha escluso le entrate da mutuo ai fini della verifica del rispetto del patto di stabilità interno, di conseguenza gli enti locali hanno cessato di finanziare gli investimenti con il ricorso al debito. In questo contesto storico, l'art. 10 della già citata L. n. 243/2010 che assegna un ruolo di coordinamento alla regione in materia di indebitamento, costituisce una grossa opportunità per gli enti locali.

Ulteriori elementi utili alla formulazione di valutazioni in merito agli andamenti della spesa in conto capitale dei Comuni possono trarsi dall'analisi dell'articolazione in funzioni. Per le spese in conto capitale è possibile evidenziare alcune contrazioni significative nell'ambito dei servizi produttivi (-

96% di impegni rispetto al 2010), nel settore della polizia locale (-69%) e nel campo turistico (-66%) mentre risulta stabile la spesa per istruzione pubblica, a conferma dell'attenzione dei comuni della Regione agli investimenti per l'edilizia scolastica e la sicurezza delle strutture.

La spesa corrente mostra un andamento più stabile, per via della maggiore rigidità della stessa, tuttavia si evidenzia un incremento nella funzione relativa al territorio e ambiente nell'anno 2013 dovuta alla contabilizzazione delle spese per il servizio smaltimento rifiuti di cui si è detto.

La tabella degli equilibri finanziari relativamente alla gestione di competenza, dà atto del rispetto delle impostazioni fondamentali della programmazione e della capacità degli enti di utilizzare le risorse disponibili accertate. Nell'attuale formulazione dell'art. 9 della L. 243/2012 gli enti sono tenuti a raggiungere un saldo non negativo, in termini di competenza e di cassa, tra le entrate finali e le spese finali (equilibrio finanziario) e un saldo non negativo, in termini di competenza e di cassa, tra le entrate correnti e le spese correnti, incluse le quote di capitale delle rate di ammortamento dei prestiti (equilibrio economico finanziario). Più in generale con l'entrata in vigore del D.Lgs. n. 118/2011 che disciplina l'armonizzazione dei bilanci si è introdotta la verifica costante dell'equilibrio economico-patrimoniale attraverso la rilevazione integrata dei fenomeni gestionali.

Nei Comuni il margine corrente, dato dalla differenza tra entrate e spese correnti, risulta in complessivo miglioramento, mentre l'equilibrio economico finanziario, cioè la differenza tra entrate e spese correnti maggiorate dalla quota di rimborso prestiti⁴⁶, da lievemente negativo (-86 milioni di euro nel 2010), ritorna positivo (+200,5 milioni di euro nel 2014). Il diffuso utilizzo di entrate straordinarie per il conseguimento dell'equilibrio di parte corrente, previsto da apposite deroghe legislative, ha comportato un'ulteriore sottrazione di risorse proprie agli investimenti (anni 2010 e 2011) finanziando spese correnti con entrate in conto capitale.

Proprio per queste ragioni il margine conto capitale (differenza tra entrate e spese in conto capitale depurate delle riscossione di crediti e concessione di prestiti⁴⁷) è costantemente negativo, mentre l'equilibrio in conto capitale, garantito sommando le entrate per mutui e prestiti negli anni 2010 e 2011, diviene negativo negli anni successivi quando gli investimenti sono finanziati anche con il surplus di risorse correnti (avanzo di gestione).

Il risultato di gestione, che rappresenta il saldo tra le entrate e le spese complessive della gestione di competenza, mostra valori positivi a partire dal 2012, anche per gli effetti delle norme di finanza pubblica che hanno comportato l'incremento dei risultati di amministrazione, ed una progressiva riduzione del volume di residui passivi, più che proporzionale rispetto a quella che ha interessato i residui attivi.

Province. A partire dall'anno 2010 le manovre statali hanno imposto un contributo al comparto delle Province che ha determinato un contenimento della spesa corrente (- 31%) e una forte contrazione degli investimenti (- 56%); i tagli divenuti via via sempre più rilevanti hanno portato i bilanci delle Province a rischio di disequilibrio. A causa degli ingenti tagli, anche per l'anno 2016, le Province e le Città Metropolitane hanno ottenuto di poter predisporre il bilancio di previsione per la sola annualità 2016 applicando l'avanzo libero e destinato già in sede di predisposizione. Inoltre è stata inoltrata una richiesta di annullamento delle sanzioni per il mancato rispetto del patto di stabilità 2015 di Province e città metropolitane.

La Legge di stabilità 2015 (co. 418) ha previsto che le Province e le Città Metropolitane concorrano al contenimento della spesa pubblica attraverso una riduzione della spesa corrente di 1.000 milioni di euro per l'anno 2015, di 2.000 milioni per l'anno 2016 e per 3.000 milioni di euro a decorrere dall'anno 2017. Con la legge di stabilità 2016 (co. 754) sono stati aumentati i trasferimenti per interventi di edilizia scolastica e viabilità per complessivi 495 milioni, ridotti a 470 a partire dal 2017.

La spesa territoriale. Una approfondita conoscenza delle dinamiche, dell'evoluzione della spesa prodotta a livello regionale dalle amministrazioni locali – regioni, Comuni, Province, Comunità montane, unioni di Comuni – e dalle aziende, agenzie, enti e società che compongono l'insieme degli enti strumentali e partecipati locali è sicuramente importante per un buon governo della finanza regionale e locale, per accrescere le capacità di programmazione e per offrire elementi di

conoscenza ai decisori politici. Tale rilevanza aumenta nelle fasi di riforma che interessano i rapporti tra i diversi livelli di governo.

La spesa consolidata⁴⁸ 2014, prodotta dall'insieme degli enti pubblici e degli operatori privati in controllo pubblico sul territorio della Regione Emilia-Romagna è pari a 81.925 milioni di euro⁴⁹.

Determina tale ammontare la spesa effettuata da tutte le amministrazioni locali, dai loro enti strumentali o partecipati e dalla quota regionalizzata delle spese prodotte dallo Stato e dalle altre amministrazioni statali, quali ad esempio gli enti previdenziali.⁵⁰

Considerando il solo comparto regionale (Regione, ASL, aziende ed enti regionali, società partecipate dalla regione), la spesa consolidata ammonta a 13.291 milioni di euro (+2,8% sul 2013) mentre la spesa consolidata del comparto locale è pari a 15.005 milioni di euro (-5,9% sul 2013).

Tale decremento è ascrivibile soprattutto alle minori spese sostenute da quel sottoinsieme costituito da società di Enti Locali, aziende speciali, fondazioni subregionali, istituzioni e Acer mentre in misura minore è dovuto alla contrazione della spesa delle Province.

Gli elementi informativi che maggiormente si possono acquisire dall'analisi della spesa consolidata riguardano la quantificazione della spesa per funzioni: la spesa per il settore della Sanità e Sociale, prodotta dal comparto regionale, al netto delle duplicazioni intermedie, ad esempio, nel 2014 è pari a 11.329 milioni di euro, quella per il settore dei Trasporti e della Mobilità è pari a 486 milioni di euro, ecc.

Il consolidamento della spesa pubblica quindi è uno straordinario strumento che consente di analizzare la spesa per funzioni, per comparti, per soggetti produttori di spesa. La semplice aggregazione della spesa ovvero la sommatoria delle spese iscritte nei bilanci dei soggetti rientranti nell'universo da esaminare invece non offre informazioni sulla spesa per funzione in quanto risente dei trasferimenti intermedi che spesso, come nel caso del settore della Sanità, raddoppiano i valori nominali. Tale analisi, tuttavia, può offrire utili informazioni sugli aggregati, sul "chi fa che cosa" evidenziando, seppur in termini finanziari, i rapporti tra i diversi soggetti.

Dal mero confronto degli aggregati riportati in tabella 28, è evidente la riduzione del comparto regionale nel confronto tra spesa aggregata e consolidata: le regioni infatti erogano circa l'85% del loro bilancio alle aziende sanitarie (rapporto finanziario che si elide all'interno del comparto) mentre i trasferimenti intermedi tra soggetti rientranti nel comparto locale (Province a favore di Comuni; Province e Comuni a favore degli enti strumentali o partecipati) sono quantitativamente molto più contenuti e riducono la spesa di appena 4 punti percentuali.

Se si esamina la spesa aggregata 2014 si può osservare come essa risulta determinata, per circa il 57,4% da soggetti pubblici che afferiscono al comparto regionale, le Province sostengono spese pari al 1,6% della spesa complessiva, i Comuni governano direttamente una spesa corrispondente al 14,6% della spesa totale, mentre l'insieme delle agenzie, enti, consorzi, aziende e società pubbliche locali movimentano una spesa ben maggiore corrispondente al 26,4%.

Uno degli aspetti tuttavia di maggior rilievo è il rapporto tra spesa prodotta da un ente di governo rappresentativo della Comunità locale (regione, Comuni, Province) e la spesa prodotta da agenzie ed enti strumentali all'ente di governo o da esso partecipati e da altri Enti Locali. Nel 2014, tale rapporto è pari a 43,8 per cento.

1.3.4 I Patti di solidarietà territoriale

Le regole del pareggio di bilancio, di cui alla sezione 1.2.2, hanno sostituito per gli Enti Locali le previgenti regole del Patto di Stabilità Interno, soppresse con la Legge di stabilità 2016 (art. 1 c. 707 L. n. 208/2015). Nell'ambito del conseguimento del saldo di competenza finale, la medesima legge ha disciplinato i meccanismi denominati "patti di solidarietà territoriale" che permettono di conseguire miglioramenti del saldo agevolando gli investimenti degli Enti Locali.

I patti di solidarietà sono, quindi, misure di compensazione di tipo orizzontale e/o verticale, per la definizione delle quali sono previsti due momenti di coordinamento delle risorse finanziarie in termini di quote patto svolti dalla regione sul territorio. Infatti sono le regioni che, definendo criteri di virtuosità e modalità operative, possono autorizzare gli Enti Locali del proprio territorio a peggiorare il loro saldo per consentire un aumento degli impegni in conto capitale.

Naturalmente deve essere garantito l'obiettivo complessivo a livello regionale mediante un contestuale miglioramento, di pari importo, dei saldi dei restanti Enti Locali della Regione, oppure dell'obiettivo di saldo della Regione stessa (misura compensativa di tipo verticale). Per incentivare questo meccanismo, agli Enti Locali che cedono spazi finanziari è riconosciuta, nel biennio successivo, una modifica migliorativa del loro obiettivo di saldo, commisurata al valore degli spazi finanziari ceduti. Agli Enti Locali che acquisiscono spazi finanziari, invece, nel biennio successivo, sono attribuiti obiettivi di saldo peggiorati per un importo complessivamente pari agli spazi finanziari acquisiti. La somma dei maggiori spazi finanziari concessi e attribuiti deve risultare, per ogni anno di riferimento, pari a zero.

Grazie al ruolo di coordinamento della finanza del territorio svolto dalla Regione tramite i meccanismi di compensazione previsti anche per il patto di stabilità, gli enti del territorio hanno potuto contare su quasi 1.000 milioni di euro, distribuiti dalla Regione negli anni dal 2011 al 2015.

Tali risorse, in termini di quote patto, hanno consentito agli enti locali l'effettuazione dei pagamenti in conto capitale, a favore di imprese esecutrici di lavori ed opere, bloccati dalle regole del patto e la realizzazione di interventi di investimento per lo sviluppo o la manutenzione delle infrastrutture, scuole, strade, ecc.

In particolare dei 1.000 milioni di euro distribuiti dalla Regione, ben 601,6 milioni sono spazi verticali, ovvero quote di spazi patto regionale che, come tali, non hanno determinato la successiva restituzione da parte degli enti beneficiari.

A seguito del sisma che nel 2012 ha colpito il territorio regionale, il ruolo di coordinamento della Regione si è esteso anche alle misure previste dalla normativa statale a favore degli enti terremotati. Nei primi 4 anni sono stati assegnati ai comuni e alle province 151,6 milioni di euro che hanno consentito, unitamente alle assegnazioni disposte dal Commissario per la ricostruzione, il ripristino degli elevati standard qualitativi che storicamente caratterizzano il settore produttivo, abitativo, urbanistico, pubblico di queste aree.

A inizio 2016, in occasione della prima tranche dei patti di solidarietà, sono già stati concessi spazi di spesa agli enti terremotati per 12 milioni di euro e ulteriori spazi di tipo orizzontale per i comuni del territorio per 14,9 milioni di euro.

PARTE II

Omissis...

2.1.2 Sostegno ai processi partecipativi (LR 3/2010)

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: Organi istituzionali

L'obiettivo consiste principalmente nello sviluppo di azioni di sostegno a processi partecipativi, che possano facilitare l'accesso da parte dei cittadini alla costruzione delle decisioni pubbliche.

Le attività poste in campo intendono incentivare le esperienze partecipative nei territori emiliano-romagnoli, favorendo l'incremento della qualità democratica a livello regionale e locale, elevando la qualità delle risorse immateriali quali, prima fra tutte, la fiducia collettiva e la coesione sociale. Le azioni di sostegno che la Regione pone in essere affinché sia garantita la massima inclusione dei cittadini e delle loro organizzazioni nei percorsi decisionali di competenza dei governi locali, si realizzano anche al fine di qualificare la pubblica

amministrazione valorizzando il principio della semplificazione, della trasparenza e condivisione dei procedimenti decisionali.

Assessorato di riferimento

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Strumenti e modalità di attuazione

- Nucleo tecnico di integrazione con le Autonomie locali
- relazione annuale sulla partecipazione e Programma di attività, proposti dalla Giunta regionale all'Assemblea legislativa in Sessione annuale di Partecipazione
- bandi annuali per l'erogazione di contributi regionali a sostegno dei processi di partecipazione

□□assistenza e consulenza tecnica agli enti locali promotori di progetti di inclusione partecipativa alle decisioni pubbliche

Altri soggetti che concorrono all'azione

Assemblea Legislativa

Destinatari

Enti locali e Soggetti privati organizzati

Eventuali impatti sugli enti locali

Sviluppo di azioni volte alla inclusione dei cittadini e della comunità locale nei processi decisionali pubblici attraverso percorsi di democrazia partecipativa

Banche dati e/o link di interesse

Osservatorio della partecipazione: <http://osservatoriopartecipazioneer.ervet.it/>

Partecipazione: <http://partecipazione.regione.emilia-romagna.it/>

Risultati attesi

2017

□□attività di sostegno ai processi di partecipazione promossi dagli enti locali emilianoromagnoli fino a completo utilizzo dei fondi regionali programmati per il 2017 sui capitoli del Bilancio regionale

□□elaborazione della Relazione annuale e del Programma di attività della Giunta regionale da presentare all'Assemblea legislativa in sede di Sessione annuale di partecipazione

Intera legislatura

□□garantire il più ampio sviluppo di percorsi partecipativi locali e regionali attivando tutti gli strumenti previsti dalla normativa regionale, sviluppando strumenti e tecniche adeguate, fornendo assistenza tecnica e consulenza agli enti locali, garantendo l'aggiornamento costante dell'Osservatorio della partecipazione, ampliando le azioni di comunicazione istituzionale dedicata alla divulgazione delle esperienze di partecipazione

2.1.3 Applicazione dei principi dell'armonizzazione contabile

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: Gestione economica, finanziaria, programmazione, provveditorato

A partire dal 1° gennaio 2015, le amministrazioni territoriali hanno dovuto applicare nuovi principi e regole contabili in materia di armonizzazione dei bilanci e dei sistemi contabili, introdotti dal D.Lgs 118/2011. La finalità che il legislatore nazionale ha inteso perseguire con tale riforma è quella di rendere omogenei, confrontabili ed aggregabili i bilanci delle pubbliche amministrazioni.

In ambito regionale, il passaggio al nuovo sistema contabile si è delineato, fin dall'origine, come un processo di rilevante complessità che, lungi dal rivestire un carattere prettamente ed esclusivamente contabile, comporta implicazioni sotto il profilo organizzativo, procedurale e tecnico.

Nel 2017 è prevista la piena applicazione della contabilità economico-patrimoniale e la predisposizione del relativo bilancio nonché per l'approvazione del primo bilancio consolidato della regione con le società controllate e partecipate e con gli enti strumentali.

In particolare il bilancio consolidato, che rappresenta l'ultimo provvedimento del nuovo ciclo contabile introdotto con il D.Lgs 118/2011 richiede l'impostazione di strumenti di rappresentazione e la definizione di un complesso di sistema relazioni con il sistema delle partecipate regionali.

Assessorato di riferimento

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Altri Assessorati coinvolti

Giunta regionale per specifiche competenze

Destinatari

Ministero dell'economia e delle finanze, enti ed aziende regionali

Eventuali impatti sugli Enti locali

Il nuovo sistema contabile armonizzato richiede momenti di confronto e previsione di strumenti di coordinamento con il sistema territoriale degli Enti locali

Risultati attesi

2017

- bilancio economico-patrimoniale
- bilancio consolidato
- completo sviluppo e applicazione della contabilità finanziaria alla luce del nuovo sistema contabile armonizzato

Intera legislatura

- sviluppo di tutti gli strumenti di programmazione, rendicontazione e consolidamento dei bilanci
- razionalizzazione e dematerializzazione dei processi contabili ed amministrativi

2.1.4 Governo del sistema delle società partecipate regionali

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: Gestione economica, finanziaria, programmazione, provveditorato

Il processo di forte razionalizzazione e di sostanziale riduzione del sistema delle partecipate pubbliche in atto da tempo come stabilito dalla legislazione vigente, in particolare la Legge di stabilità 190/2014 e la L. 124/2015 che, all'art. 18, prevede l'adozione di un decreto legislativo per il riordino della disciplina in materia, si è sviluppato in ambito regionale con l'approvazione di atti volti al riordino e alla riorganizzazione delle società.

Da un lato si è provveduto ad implementare e rafforzare un sistema di controllo sulle società partecipate garantendo anche nei confronti della Corte dei Conti, dei Ministeri preposti, del Collegio dei Revisori, e più in generale dei cittadini, la più ampia collaborazione, trasparenza ed efficienza gestionale.

Dall'altro, con DGR n. 514 del 11 aprile 2016, si è dato impulso alle attività previste per l'attuazione del riordino e della riorganizzazione delle società a partecipazione regionale, in vista del raggiungimento del principale obiettivo di costituire un sistema societario strategico per l'innovazione e lo sviluppo che, nel complesso, risponda sempre meglio ai bisogni dei cittadini e delle imprese.

Per quanto attiene il sistema dei controlli, completato nel 2016 la definizione del Modello amministrativo di controllo analogo sulle società in house, per il 2017 è prevista la piena applicazione di un Modello di controllo per le aziende e le agenzie strumentali.

Il percorso definito per l'attuazione del riordino prevede alcuni passaggi riferiti alle 7 società in *house providing*, quali la fusione di 4 società con riduzione a 2, congiuntamente alla dismissione della partecipazione minoritaria in 1 società. Per le restanti 2 società attive in ambiti non riconducibili ad un unico soggetto, è ritenuta necessaria la riorganizzazione interna, con l'obiettivo comune di ottimizzare e risparmiare risorse. Prevede inoltre, sempre in ragione della necessità di ottimizzazione e risparmio, una progressiva unificazione delle funzioni trasversali di tutte le società *in house* (gestione del personale, approvvigionamenti e contratti pubblici, prevenzione della corruzione e trasparenza), sulla base delle risultanze delle analisi organizzativa e costi/benefici preventivamente svolta.

Con riferimento alle società non *in house providing*, prevede la dismissione della partecipazione regionale.

Assessorato di riferimento

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Altri Assessorati coinvolti

Giunta regionale per specifiche competenze

Strumenti e modalità di attuazione

- aggiornamento del sistema informativo di gestione delle partecipate regionali
- Comitato guida sui controlli
- attività del "Tavolo di coordinamento per il riordino delle società partecipate dalla Regione Emilia-Romagna"
- supporto tecnico di esperti/*advisor* per procedere a fusioni e dismissioni di quote societarie
- unificazione dei servizi trasversali nelle società non oggetto di dismissione

Destinatari

Partecipate regionali, Ministero dell'Economia e delle finanze, Corte dei Conti

Altri soggetti che concorrono all'azione

Organi di indirizzo e organi direttivi delle società *in house providing* e delle altre società partecipate nelle quali si intende dismettere la partecipazione. Consulenti, Professionisti esperti, *Advisor*

Eventuali impatti sugli Enti locali

L'attuazione del Piano di riordino e razionalizzazione, stante le azioni previste e, in particolare, le dismissioni di quote societarie e le fusioni, non può prescindere dal coinvolgimento degli enti locali detentori di quote nelle medesime società, la cui composizione subirà modifiche e variazioni negli equilibri societari

Allo stesso modo non può prescindere dal coinvolgimento di altre pubbliche amministrazioni, quali le aziende del Servizio Sanitario Regionale, che fanno parte della compagine societaria di partecipate con particolare impatto nei territori degli enti locali.

Risultati attesi

2017

- definizione e approvazione da parte della Giunta del Modello di controllo sulle agenzie e gli enti strumentali
- reportistica sugli esiti dei controlli e supporto agli organi decisionali
- prosecuzione delle attività previste per i processi di fusione e dismissione
- unificazione dei servizi trasversali

Intera legislatura

- verifica annuale dell'applicazione dei modelli di controllo con progettazione degli interventi per la correzione di eventuali scostamenti
- aggiornamento dei modelli di controllo in coerenza con le modifiche del quadro normativo di riferimento
- conclusione dei processi di fusione delle 4 società *in house providing* che saranno ricondotte a 2 società
- cessione delle quote detenute nelle società partecipate per le quali è stata stabilita la dismissione della partecipazione regionale
- a fine mandato, bilancio dei risultati conseguiti nel processo di razionalizzazione del sistema delle partecipate regionali

2.1.5 Ciclo della programmazione, gestione e controllo del bilancio

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: Gestione economica, finanziaria, programmazione, provveditorato

Programma: Gestione delle entrate tributarie e servizi fiscali

Nel contesto particolarmente difficile della finanza pubblica nazionale, le regioni sono state chiamate a contribuire in modo rilevante al rispetto degli equilibri di bilancio e degli obblighi assunti in sede europea in materia di disavanzo ed indebitamento in rapporto al PIL. Le manovre di bilancio assunte dai Governi hanno prodotto, in questi ultimi anni, una drastica riduzione dei trasferimenti e imposto un contenimento della spesa pubblica, pur a invarianza delle funzioni proprie o attribuite.

Le politiche finanziarie dell'Ente devono pertanto essere definite avendo a riferimento una molteplicità di vincoli, molti dei quali ancora oggetto di confronto a livello nazionale. E' pertanto necessario rafforzare l'attività di programmazione dell'Ente ed operare delle scelte ed individuare delle linee di priorità a favore delle quali indirizzare le risorse disponibili, avendo comunque a riferimento i seguenti obiettivi generali:

- contenere le spese al fine di concorrere al risanamento della finanza pubblica nazionale ed alla realizzazione degli equilibri di bilancio;
- prevedere tra le priorità assolute di spesa il cofinanziamento ai fondi strutturali europei per la nuova programmazione 2014-2020;

favorire le politiche d'investimento, anche attraverso la riduzione della spesa corrente, che con l'introduzione del pareggio di bilancio in Costituzione, dovranno essere finanziate tramite ricorso a nuovo indebitamento.

Sotto il profilo tributario l'impegno è diretto a non incrementare la pressione fiscale per cittadini e imprese del territorio e ad incidere positivamente sul contrasto all'evasione. Assume pertanto particolare rilievo sia l'attività di verifica e controllo delle entrate tributarie regionali, sia l'attività di collaborazione con gli enti preposti al controllo come il Collegio dei revisori e la Corte dei conti che deve rilasciare un proprio giudizio di parifica.

Assessorato di riferimento

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Altri assessorati coinvolti

Giunta regionale per specifiche competenze

Strumenti e modalità di attuazione

- linee guida per le strategie di programmazione regionale (DEFR) e bilancio
- linee guida Corte dei Conti
- Convenzioni con le Agenzie delle Entrate e con Equitalia

Destinatari

Enti locali, Cittadini, Imprese

Eventuali impatti sugli Enti locali

La conoscenza, da parte degli Enti locali, delle scelte strategiche di programmazione economica e finanziaria adottate dalla Regione riviste una rilevanza considerevole nell'ambito dei processi di programmazione degli obiettivi strategici locali

Le previsioni di spesa autorizzate dal bilancio regionale a favore degli Enti locali costituiscono elementi informativi di rilevante importanza per l'attività di programmazione finanziaria

Risultati attesi

2017

- approvazione del Documento di Economia e Finanze 2018-2020 e rendicontazione degli obiettivi strategici 2016 a supporto del controllo strategico
- approvazione del bilancio 2018-2020, delle variazioni di bilancio e dell'assestamento di bilancio 2017, nonché del Rendiconto dell'esercizio finanziario 2016
- approvazione del documento tecnico di accompagnamento e del bilancio finanziario gestionale
- coordinamento delle procedure e degli strumenti per un proficuo e collaborativo rapporto con gli Organi di controlli (Collegio dei revisori e Corte dei Conti)
- riorganizzazione ed implementazione dei servizi dei tributi e contrasto all'evasione fiscale
- valutazione ed analisi dei tempi di pagamento 2016 e definizione delle azioni di miglioramento
- supporto al controllo di gestione per la verifica dei costi di funzionamento della macchina regionale, in un'ottica di razionalizzazione e contenimento degli stessi

Intera legislatura

- ogni anno occorre avviare e completare il ciclo di bilancio (DEFR, preventivo, variazioni, assestamento, rendiconto), corrispondere alle richieste di dati e informazioni espresse dagli organismi di controllo, assicurare la gestione delle entrate, delle spese e l'applicazione dei tributi nel rispetto della normativa di riferimento, elaborare quadri informativi nell'ambito della funzione di controllo di gestione del controllo strategico, a supporto dei processi di riorganizzazione delle attività dell'Ente
- supporto al controllo strategico e bilancio di fine legislatura con evidenziazione dei risultati conseguiti dall'ente nel quinquennio e le attività realizzate

2.1.6 Vincoli di finanza pubblica e Patti di solidarietà territoriale

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: Gestione economica, finanziaria, programmazione, provveditorato

Con L. n. 243 del 24 dicembre 2012 in materia di "Disposizioni per l'attuazione del principio del pareggio di bilancio ai sensi dell'art. 81, sesto comma, della Costituzione", sono disciplinati il

contenuto della legge di bilancio, le norme fondamentali e i criteri volti ad assicurare l'equilibrio tra le entrate e le spese dei bilanci pubblici e la sostenibilità del debito del complesso delle pubbliche amministrazioni. Dal 2015 le Regioni a statuto ordinario sono pertanto assoggettate a un nuovo sistema di vincoli.

Le regole del pareggio di bilancio hanno quindi sostituito le previgenti regole del Patto di Stabilità Interno che sono state soppresse con la Legge di stabilità 2016 (art. 1 c. 707 L. n. 208/2015).

A legislazione vigente, gli obiettivi per l'anno 2017 degli enti locali sono gli otto saldi definiti dalla Legge n. 243/2012 al già citato art. 9, ma potrebbero subire variazioni qualora venissero approvati i disegni di legge di modifica alle Leggi n. 243/2012 e n. 196/2009 (modifiche concernenti il contenuto della legge di bilancio, in attuazione dell'articolo 15 della Legge 24 dicembre 2012, n. 243). In particolare si vuole definire, quale obiettivo, il conseguimento del solo saldo di competenza finale. Miglioramenti di tale saldo per Comuni e Province possono essere ottenuti con il ricorso a misure di compensazione di tipo orizzontale e verticale, il cui meccanismo è presidiato dalla Regione con ruolo di "governance" della finanza locale.

Assessorato di riferimento

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Altri assessorati coinvolti

Attività produttive, piano energetico, economia verde e ricostruzione post-sisma

Strumenti e modalità di attuazione

strumenti di programmazione e monitoraggio per il rispetto del pareggio e degli equilibri di bilancio

portale Patti di solidarietà

elaborazione dei criteri annuali per l'applicazione dei Patti di solidarietà territoriale

commissione inter-istituzionale per l'applicazione del Patto di stabilità territoriale

Altri soggetti che concorrono all'azione

Ministero dell'Economia e delle Finanze

Destinatari

Comuni e Province del territorio regionale

Eventuali impatti sugli enti locali

I benefici per comuni e Province derivanti dall'applicazione del precedente Patto di Stabilità e degli attuali Patti di solidarietà sono estremamente rilevanti. Gli spazi concessi attualmente possono consentire di impegnare per debiti assunti o da assumere dalle amministrazioni locali nei confronti dalle imprese private e di altri soggetti pubblici o privati, per opere e interventi di investimento.

Banche dati e/o link di interesse

Patto di stabilità territoriale:

<http://finanze.regione.emilia-romagna.it/entra-in-regione/normativa/patto-di-stabilita-e-finanzalocale/patto-di-stabilita>

Risultati attesi

2017

presidio del pareggio di bilancio ed assegnazione dei budget di spesa agli assessorati al fine di rispettare i vincoli complessivi di finanza pubblica

definizione di modalità, strumenti e raccordi per l'esercizio della funzione di coordinamento della finanza locale, con particolare riferimento ai vincoli per il ricorso all'indebitamento

Intera legislatura

a fine mandato, monitoraggio e controllo dei risultati conseguiti

2.1.7 Razionalizzazione della spesa per beni e servizi dell'Ente Regione

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: Gestione economica, finanziaria, programmazione, provveditorato

Il 19 aprile 2016 è entrato in vigore il D.Lgs n. 50/2016 (nuovo Codice degli appalti) che comporta un ripensamento complessivo del sistema degli appalti pubblici in Italia ed impegna la Regione a rivedere ed adeguare la regolamentazione interna.

Il D.Lgs. n. 50/2016 è entrato in vigore senza alcun periodo di *vacatio legis*, ossia con l'assenza di un adeguato periodo di metabolizzazione del nuovo testo da parte degli operatori (assenza evidenziata anche dal Consiglio di Stato), che costituisce inevitabilmente un elemento di criticità per l'applicazione della riforma e l'allineamento alle nuove norme; al decreto segue l'adozione, tuttora in corso, dei provvedimenti attuativi costituiti da decreti ministeriali e linee guida ANAC.

Rispetto alla razionalizzazione della spesa pubblica, è necessaria anche un'attenzione alla spesa di funzionamento interna all'Ente Regione ed in particolare alla componente legata all'acquisizione di beni e servizi, che se anche non rappresenta una percentuale elevata del bilancio regionale, in termini assoluti è comunque una grandezza rilevante. Occorre presidiare le attività di analisi dei costi legati ai flussi degli approvvigionamenti in raccordo con la struttura competente in materia di controllo di gestione.

Parallelamente al maggior ricorso alle centrali di acquisto (Consip e Intercent-er) per i contratti sopra soglia comunitaria per godere dei vantaggi della centralizzazione, occorre perseguire una maggiore concentrazione anche delle procedure che rimangono in capo alla Regione, ossia tutte quelle sottosoglia, che comunque rappresentano una quota rilevante degli acquisti regionali.

Assessorato di riferimento

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Strumenti e modalità di attuazione

- revisione organizzativa della struttura delle responsabilità interne in materia di acquisti della Regione
- maggiore concentrazione delle procedure di acquisizione di beni e servizi in un'unica struttura specializzata in procedure negoziali sottosoglia e nella gestione dei contratti
- regolamentazione degli acquisti di beni e servizi

Altri soggetti che concorrono all'azione

Agenzia Intercent-ER

Risultati attesi

2017

- certificazione delle stazioni appaltanti
- revisione e applicazione del processo degli acquisti di beni e servizi alla luce degli adeguamenti normativi

Intera legislatura

- riduzione della discrezionalità in capo alle singole strutture organizzative rispetto ad alcune spese che richiedono un governo unitario (prima far tutte l'ICT, ma non solo);
- riduzione del lavoro amministrativo connesso agli acquisti, realizzando economie di scala
- riduzione dei costi della formazione connessa alle procedure di acquisizione e gestione contrattuale
- maggiore controllo sulla spesa delle strutture
- ulteriore riduzione della spesa per l'approvvigionamento di beni e servizi

2.1.8 Razionalizzazione della spesa e dei processi per l'acquisizione di beni e servizi per il Servizio Sanitario Regionale

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: Gestione economica, finanziaria, programmazione, provveditorato

Programma: Statistica e sistemi informativi

L'obiettivo strategico è l'ottimizzazione delle modalità di acquisto di beni e servizi necessari all'attività della Regione, degli Enti Regionali e delle Aziende Sanitarie, al fine di conseguire una razionalizzazione/contenimento della spesa e una maggiore efficienza nelle procedure di acquisizione.

La razionalizzazione della spesa e dei processi per l'acquisizione di beni e servizi verrà conseguita attraverso:

1. la centralizzazione delle procedure di gara: si prevede un incremento delle procedure di gara gestite a livello regionale dall'Agenzia Intercent-ER, la centrale acquisti della Regione Emilia-

Romagna individuata quale Soggetto Aggregatore ai sensi dell'articolo 9 del DL 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. 89/2014;

2. la pianificazione delle iniziative di acquisto: la corretta pianificazione delle gare è una leva fondamentale per assicurare la coerenza delle iniziative di acquisto con le priorità istituzionali della Regione in vari settori (tutela della salute, sostenibilità ambientale e sociale, agenda digitale, ecc.). In particolare nel settore sanitario, per garantire un processo di pianificazione corretto e consapevole, viene utilizzato un *Master Plan*

triennale, nel quale sono indicate le iniziative di gara da sviluppare nel triennio e il livello di centralizzazione previsto (regionale, di area vasta, a livello aziendale);

3. il rafforzamento e la razionalizzazione delle strutture deputate agli acquisti: si è realizzata una più forte integrazione fra le strutture che svolgono le procedure di acquisto, attraverso una condivisione di risorse umane e strumentali; in tal modo si è aumentata la capacità produttiva della centrale acquisto regionale Intercent-ER e si sta realizzando una progressiva omogeneizzazione delle procedure e delle prassi;

4. l'utilizzo di strumenti telematici di acquisto: in linea con le raccomandazioni e gli indirizzi comunitari, si prevede di arrivare alla completa informatizzazione delle procedure di gara di beni e servizi. La nuova piattaforma di *e-procurement* che l'Agenzia Intercent-ER ha implementato verrà quindi messa a disposizione di tutti gli enti regionali e delle Aziende Sanitarie nonché di tutte gli Enti Locali che ne facciano richiesta. Inoltre verrà rafforzato l'utilizzo di strumenti telematici anche nelle fasi di gestione dei contratti, completando, attraverso il Nodo Telematico di Interscambio gestito dall'Agenzia Intercent-ER, l'informatizzazione dell'intero ciclo degli approvvigionamenti già iniziato con l'implementazione della fattura elettronica.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri assessorati coinvolti

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Altri soggetti che concorrono all'azione

Agenzia Intercent-ER, Enti Regionali, Aziende Sanitarie

Eventuali impatti sugli enti locali

Il sistema delle gare regionali viene messo a disposizione anche degli Enti locali del territorio. I Comuni possono infatti aderire alle convenzioni quadro stipulate dall'Agenzia Intercent-ER e utilizzare il mercato elettronico regionale per le acquisizioni di valore inferiore alla soglia di rilievo comunitario. Alla luce degli sviluppi della normativa nazionale, si prevede un incremento delle attività di Intercent-ER a supporto delle autonomie locali

Risultati attesi

2017

spesa annua gestita attraverso le iniziative di acquisto della centrale acquisti regionale pari almeno a 1,3 miliardi di euro

almeno il 80% della spesa per beni e servizi in sanità gestito a livello aggregato (regionale o di Area Vasta), di cui almeno il 45 % a livello regionale

utilizzo della piattaforma di *e-procurement* da parte di tutte le Aziende Sanitarie e degli Enti Regionali

dematerializzazione della gestione dell'esecuzione dei contratti (ordine, documento di trasporto e fattura) implementato in tutte le Aziende Sanitarie

Intera legislatura

spesa annua gestita attraverso le iniziative di acquisto della centrale acquisti regionale pari almeno a 1,5 miliardi di euro

almeno l'85% della spesa per beni e servizi in sanità gestito a livello aggregato (regionale o di Area Vasta)

tutte le procedure di gara della Regione, dagli Enti Regionali e dalle Aziende Sanitarie gestite in maniera telematica

□□dematerializzazione della gestione dell'esecuzione dei contratti (ordine, documento di trasporto e fattura) implementato in tutte le Aziende Sanitarie e gli Enti Regionali

2.1.9 Valorizzazione del patrimonio regionale

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: Gestione dei beni demaniali e patrimoniali

Le azioni di razionalizzazione del patrimonio regionale, destinato a sedi istituzionali, risulta essere tra le principali leve di contenimento della spesa, peraltro definite tramite piani pluriennali tesi a ridurre le sedi in locazione e ridimensionare i canoni d'affitto.

Anche dall'attuazione dei programmi di valorizzazione del patrimonio possono derivare benefici al bilancio regionale attraverso la dismissione dei beni immobili non utilizzati o non strategici per le finalità istituzionali dell'ente.

Da diversi anni la Regione ha in atto un processo di riconversione del proprio patrimonio non strategico che ha portato a perfezionare strumenti per la conoscenza e governo del processo con particolare riferimento a rilevazioni tecniche, specifici supporti di tipo informativo informatico, ricerche di mercato. Nell'ultimo periodo si è apprezzata una notevole flessione del mercato immobiliare provocata dalla crisi economica in atto nonché dalla scarsa presenza, nell'ambito del patrimonio regionale non strategico che residua dopo le consistenti vendite già poste in essere, di immobili di pregio o situati in contesto urbano che rendano appetibile la loro collocazione sul mercato.

Parallelamente l'emanazione del DL 95/2012 (convertito con la L.135/2012), *relativo alla revisione della spesa pubblica, ed in particolare l'art.3 "Razionalizzazione del patrimonio pubblico e riduzione dei costi per locazioni passive"*, ha introdotto riferimenti precisi con i quali si sono dovute necessariamente confrontare le politiche regionali di razionalizzazione e contenimento della spesa relativa alle locazioni di immobili ad uso istituzionale.

Visto tra l'altro l'avvio di una profonda revisione della struttura organizzativa e istituzionale della Regione che porterà, in una prospettiva di lungo periodo, ad una notevole modifica della tecnostruttura regionale sia in termini numerici dei collaboratori che di modalità di svolgimento dell'attività lavorativa, al fine di raggiungere una maggiore funzionalità e razionalità nella distribuzione delle strutture regionali con conseguente contenimento della spesa per locazioni passive ad uso ufficio e/o strumentale, nonché di razionalizzare e valorizzare il patrimonio di proprietà, si rende opportuno individuare modalità innovative di gestione del patrimonio.

Parallelamente si attribuisce fondamentale importanza all'attività di valorizzazione del patrimonio nel circuito pubblico al fine di recuperare il patrimonio non strategico attraverso l'affidamento in gestione dello stesso agli Enti Locali per realizzare attività istituzionalmente rilevanti e fondamentali per finalità pubbliche e sociali dei beni.

Il processo di riordino delle province e il diverso assetto funzionale derivante dall'applicazione della L. 56/2014 e della LR 13/2015 richiederà la gestione del patrimonio immobiliare preso in carico dalle Province e connesso alle funzioni di competenza regionale.

Rispetto alle iniziative di sviluppo in programma nell'Ente è opportuno sottolineare che proseguiranno le attività per la realizzazione del Tecnopolo di Bologna: avviato a fine 2013, il progetto del Tecnopolo di Bologna, punta a realizzare un Polo logistico che raccolga le più qualificate istituzioni pubbliche del territorio nonché organizzazioni e imprese private le cui finalità risultino principalmente incentrate sulla ricerca e sull'innovazione e che siano portatori di un elevato standard di conoscenze e competenze tecnico-scientifiche (università, agenzia per il territorio e l'ambiente, società per le infrastrutture telematiche, protezione civile, ecc.).

Assessorato di riferimento

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Altri assessorati coinvolti

Attività produttive, piano energetico, economia verde e ricostruzione post-sisma

Trasporti, reti, infrastrutture materiali e immateriali, programmazione territoriale e agenda digitale

Strumenti e modalità di attuazione

- programma di valorizzazione e programma di razionalizzazione del patrimonio regionale
- programma di realizzazione del Tecnopolo di Bologna

Altri soggetti che concorrono all'azione

Imprese, Università, Centri di ricerca

Destinatari

Imprese, Università, Centri di ricerca, Enti Pubblici

Eventuali impatti sugli enti locali

Messa in disponibilità del patrimonio pubblico per realizzare progetti e attività istituzionalmente rilevanti e fondamentali per finalità pubbliche e sociali

Banche dati e/o link di interesse

Patrimonio: <http://finanze.regione.emilia-romagna.it/patrimonio>

Risultati attesi

2017

- aggiornamento ai sensi della LR 1/2014 del Piano triennale di razionalizzazione delle sedi regionali
- gestione delle nuove sedi regionali a seguito del riordino delle province e in applicazione della LR 13/2015
- apertura dei cantieri del Tecnopolo di Bologna
- dismissione del patrimonio immobiliare non funzionale. Individuazione di possibili percorsi di dismissione anche in collaborazione con l'Agenzia del Demanio in una situazione di mercato immobiliare particolarmente in flessione

Intera legislatura

- realizzazione del nuovo piano triennale di razionalizzazione degli spazi regionali ad uso ufficio
- per il Polo tecnologico la conclusione e la realizzazione del progetto con consegna dell'opera alla comunità tecnico-scientifica con insediamento degli operatori pubblici e privati

2.1.10 Semplificazione amministrativa

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: Risorse umane

La semplificazione amministrativa costituisce un obiettivo strategico della Regione, i cui più recenti presupposti normativi discendono, a livello regionale, dalla LR 18/2011. Tale norma, anche a detta di molti osservatori qualificati, è connotata da un rilevante contenuto innovativo.

Essa introduce un metodo nuovo del "fare semplificazione", al quale si sono successivamente ispirati gli Accordi inter-istituzionali sottoscritti da Governo, Regioni e Autonomie locali che, a loro volta, hanno dato alla luce le Agende nazionali per la semplificazione. La citata legge regionale inaugura un nuovo metodo del fare semplificazione, orientato alla condivisione degli obiettivi da realizzare con le istituzioni locali e con le categorie sociali portatrici d'interesse, ma anche al coordinamento permanente con il livello nazionale, individuando nella semplificazione delle procedure e nella trasparenza dell'azione amministrativa le leve fondamentali del cambiamento e dell'innovazione. La semplificazione amministrativa diviene attività di rilievo, oltretutto in relazione alla LR 18/2011, anche nell'ambito dell'attuazione della LR 13/2015 di riordino istituzionale che ha sancito una diversa allocazione delle funzioni amministrative. Il complesso dei procedimenti amministrativi, che accompagnano le funzioni "vecchie e nuove" in capo alla Regione rappresentano lo stock da sottoporre all'AVP (analisi permanente dei procedimenti) prevista dalla LR 18/2011 dalla cui base partire per introdurre semplificazioni significative di natura amministrativa e normativa, ove necessario, ma anche organizzativa. Per le complesse finalità poste dall'obiettivo strategico della semplificazione amministrativa è necessario che la Giunta regionale attivi il Tavolo permanente per la semplificazione quale sede di condivisione delle priorità d'azione e, per la parte tecnica, verifichi le modalità di interconnessione e collaborazione tra il Nucleo tecnico della semplificazione (LR 18/2011) e l'Unità tecnica di missione trasversale (LR 13/2015).

Assessorato di riferimento

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Altri assessorati coinvolti

Giunta regionale per specifiche competenze

Strumenti e modalità di attuazione

- Programma di interventi di semplificazione condiviso nell'ambito del Tavolo permanente per la semplificazione previsto dalla LR18/2011
- Nucleo tecnico per la semplificazione (LR 18/2011) e Unità Tecniche di missione (LR 13/2015)
- Agenda nazionale per la semplificazione 2016-2018

Altri soggetti che concorrono all'azione

Assemblea Legislativa, Enti locali, Associazioni d'impresa, Parti sociali, Amministrazione statale

Destinatari

Cittadini, Imprese, Pubblica amministrazione

Banche dati e/o link di interesse

Procedimenti amministrativi:

<http://www.servizi.regione.emilia-romagna.it/procedimentiamministrativi/default.aspx>

Semplificazione: <http://www.regione.emilia-romagna.it/semplificazione>

Risultati attesi

2017

- fornire il supporto trasversale, attraverso l'utilizzo degli strumenti di analisi e valutazione permanente (a.v.p.) di cui alla LR 18/2011, alle attività di ricognizione dei procedimenti amministrativi, anche nelle materie oggetto di riordino al fine di garantire il regolare subentro nella titolarità degli stessi procedimenti da parte del soggetto titolare della funzione considerata sulla base di quanto disposto dal titolo II della LR 13/2015. Risultato atteso: garantire lo svolgimento dei procedimenti nelle funzioni oggetto di riordino da parte delle strutture della Regione a partire dalle date di decorrenza di esercizio delle funzioni fissate, ai sensi della LR 13/2015, con provvedimento della giunta regionale
- fornire il supporto necessario a semplificare i procedimenti amministrativi relativi alle funzioni oggetto di riordino, attraverso la revisione delle normative regionali che insistono sulla disciplina delle procedure finalizzate all'esercizio delle funzioni amministrative da parte della regione e delle sue agenzie strumentali nonché degli altri enti del sistema territoriale
- garantire l'aggiornamento costante della banca dati dei procedimenti amministrativi regionali, ivi compreso il monitoraggio dei tempi
- partecipazione ai lavori tecnici inerenti le azioni contenute nell'Agenda nazionale per la semplificazione 2015-2017

Intera legislatura

la semplificazione amministrativa costituisce un obiettivo da perseguire costantemente, sia con riferimento alla legge di riordino sia alle effettive esigenze di innovazione, interconnessione, trasparenza ed efficienza dell'amministrazione regionale per incrementare la qualità interna e il rapporto dell'amministrazione pubblica con cittadini e imprese

2.1.11 Raccordo con l'Unione Europea

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: Politica regionale unitaria per i servizi istituzionali, generali e di gestione

Nonostante la complessità che sta vivendo il processo di integrazione europea, l'UE rappresenta l'ambito socio-economico e culturale all'interno del quale si rafforza l'operato della Regione.

L'esito del *referendum* nel Regno Unito del 23 giugno avrà un impatto profondo sugli assetti istituzionali e sullo sviluppo delle politiche europee, in particolare il mercato interno.

Il 2017 è un anno determinante a livello europeo. Contestualmente alla definizione dell'accordo per l'uscita del Regno Unito dalla UE, sarà l'anno delle elezioni in Francia e Germania, ma anche l'anno delle celebrazioni del sessantesimo anniversario della firma dei Trattati di Roma.

Per le relazioni tra la Regione Emilia-Romagna e le Regioni *partner*, il 2017 sarà anche l'anniversario della collaborazione venticinquennale con il *partner* storico del Land dell'Assia.

Salvo capovolgimenti di carattere politico, nel 2017, la Commissione Europea continuerà l'impegno volto ad attuare le 10 priorità strategiche indicate dal Presidente *Juncker*. Tra queste, il rilancio economico e la promozione degli investimenti, l'agenda digitale e il completamento del mercato interno per gli stati membri, la gestione dei flussi migratori e il rafforzamento del ruolo dell'UE nel mondo.

Nel 2017 sarà stata avviata la revisione di medio termine del Bilancio Finanziario Pluriennale della UE, inizierà il negoziato per il post-2020 che interesserà l'Emilia-Romagna soprattutto per la definizione della nuova politica di coesione e la politica agricola comune. Nel bilancio europeo, si sta delineando sempre più la tendenza ad un utilizzo dei fondi come garanzia e prestiti (strumenti finanziari) rispetto ai tradizionali a fondo perduto. E' previsto un rafforzamento e un prolungamento del Fondo europeo per gli investimenti strategici, che rappresenta già un modello replicabile in diversi ambiti (ad esempio Piano europeo per gli Investimenti esterni da utilizzare nei paesi terzi).

In ambito UE, la Regione sarà attiva su queste e altre priorità al centro dell'agenda politica europea con lo scopo di sviluppare le progettualità strategiche del Governo regionale tra cui il *World food research and innovation Forum*, il rafforzamento del sistema Duale Educazione- Ricerca, la Strategia macroregionale Adriatico Ionica, l'*Hub* per la ricerca verso una *Big data Community*. Ciò a complemento dell'impegno volto a rafforzare la partecipazione del sistema regionale ai programmi europei di finanziamento 2014-2020 e a posizionare la Regione nell'ambito dei negoziati sulla prossima programmazione finanziaria post 2020.

A tal fine si ritiene ancora più strategico il raccordo con l'insieme delle istituzioni UE - comprese Commissione Europea, Parlamento Europeo, Rappresentanza Permanente d'Italia presso la UE, con gli organi europei - Comitato delle Regioni (CdR) e Comitato Economico e Sociale Europeo (CESE) e con le Agenzie europee - *in primis* l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA).

La Regione contribuisce a monitorare lo sviluppo delle politiche e della legislazione europea d'interesse regionale, offrendo strumenti, metodologie e occasioni per partecipare attivamente al processo decisionale europeo e alla sua implementazione.

Assessorato di riferimento

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Altri assessorati coinvolti

Giunta Regionale per specifiche competenze

Strumenti e modalità di attuazione

- ideazione e organizzazione di iniziative istituzionali in ambito UE per lo sviluppo delle strategie del programma di governo, anche nell'ambito di partenariati e reti di regioni europee
- supporto al Presidente, alla Vicepresidente e agli Assessori regionali nelle relazioni con l'UE
- supporto alle Direzioni generali e al Gabinetto del Presidente nel raccordo con l'UE
- elaborazione di *dossier* sulle politiche UE e organizzazione di incontri istituzionali con Rappresentanti di Commissione europea, Membri del Parlamento europeo, Organi ed agenzie dell'UE, Rappresentanza Permanente d'Italia presso la UE e altre Rappresentanze Diplomatiche
- azioni di *lobbying* volte ad influenzare il processo decisionale della UE nelle aree d'interesse strategico regionale, "fase ascendente"
- analisi delle politiche e della legislazione con l'obiettivo di garantirne un'adeguata e tempestiva conoscenza e applicazione in ambito regionale, "fase discendente"
- promozione della partecipazione del sistema regionale ai programmi di cofinanziamento dell'UE 2014-2020 e strumenti finanziari
- ideazione di conferenze e *network meeting* funzionali al posizionamento delle strategie di interesse regionale
- collegamento/coordinamento a Bruxelles degli *stakeholders* pubblico-privati funzionali per il raggiungimento degli obiettivi regionali

- supporto all'organizzazione di iniziative sul territorio regionale, volte a diffondere la conoscenza delle politiche e dei programmi di co-finanziamento europei
- partecipazione e coordinamento di reti di regioni europee nei diversi ambiti di interesse regionale
- informazione e comunicazione per migliorare la conoscenza delle attività dell'ER in ambito europeo
- presidio permanente a Bruxelles nell'ambito di Ricerca Sviluppo e innovazione, anche a sostegno allo sviluppo della *Task Force* ricerca
- coordinamento delle attività di raccordo con EFSA

Altri soggetti che concorrono all'azione

Aster, Eret, Enti locali, Università, Centri di Ricerca

Destinatari

Società *in house*, Enti locali, Università, Centri di ricerca, Unioncamere, Imprese in forma singola o associata, Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS), ONG, Agenzie regionali

Eventuali impatti sugli enti locali

Diffusione della conoscenza, coinvolgimento degli Enti locali nelle politiche e programmi europei. Maggiore partecipazione a iniziative e progettualità europee

Banche dati e/o link di interesse

Sede di Bruxelles: <http://www.regione.emilia-romagna.it/sede-di-bruxelles>

Risultati attesi

2017

- rafforzamento del ruolo della Regione e degli *stakeholders* regionali in ambito UE
- posizionamento in ambito UE dei progetti strategici regionali
- sostegno a progettualità regionali europee e del sistema territoriale
- rafforzamento del raccordo con l'Agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare
- diffusione della conoscenza su politiche programmi europei e meccanismi di funzionamento delle istituzioni europee

Intera legislatura

- accrescere il ruolo dell'Emilia-Romagna come regione leader in ambito UE

2.1.12 Relazioni europee ed internazionali

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: Politica regionale unitaria per i servizi istituzionali, generali e di gestione

La complessità del quadro internazionale ed europeo comporta un ripensamento strutturale e strategico sul posizionamento della Regione Emilia-Romagna nello scenario globale, per maggiormente valorizzare sia sul fronte economico (esportazioni, internazionalizzazione PMI, eccellenze agroalimentari) che in ambiti quali la cultura, il sistema formativo, il welfare e la sanità, le eccellenze regionali, consolidando la già forte proiezione internazionale dell'intero sistema regionale.

Un obiettivo a cui concorrono anche la partecipazione della Regione al processo di costruzione ed integrazione europea, e altre politiche regionali sempre più attraversate da fenomeni di globalizzazione, cui ha contribuito molto significativamente anche la partecipazione all'Expo Milano 2015.

Con questo obiettivo di rinnovata apertura, la Regione è impegnata nella costruzione di un quadro di riferimento complessivo attraverso la costituzione di una Cabina di regia per le attività di rilievo internazionale quale strumento di:

- elaborazione del pensiero strategico, presidio e monitoraggio delle relazioni internazionali della Regione
- facilitazione di relazioni, percorsi e iniziative
- condivisione degli strumenti a supporto delle attività di rilievo internazionale
- monitoraggio, capitalizzazione e condivisione delle attività svolte

□□definizione di indirizzi per l'elaborazione del Documento Pluriennale di indirizzo in attività di rilievo internazionale

Nel 2017 la Regione si doterà infatti del documento pluriennale di indirizzi in materia di attività internazionale (art. 5 della LR 6/2004) al fine individuare le priorità di concentrazione geografico-tematiche e gli strumenti di attuazione.

I programmi, i progetti e le iniziative saranno realizzati in coordinamento con la Presidenza del Consiglio, i Ministeri competenti, gli organi dell'Unione Europea, le organizzazioni internazionali e con il pieno coinvolgimento del sistema regionale (Partenariato economico e sociale, Enti locali, Università, Associazioni, Scuole, ecc.).

Assessorato di riferimento

Presidenza

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Altri assessorati coinvolti

Vicepresidenza

Agricoltura, Caccia e pesca

Attività produttive, piano energetico, economia verde e ricostruzione post-sisma

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Difesa del suolo e della Costa, protezione civile, politiche ambientali e della montagna

Politiche del welfare e politiche abitative

Trasporti, reti infrastrutture materiali e immateriali, programmazione territoriale e agenda digitale

Turismo e commercio

Strumenti e modalità di attuazione

□□LR 6/2004, LR 16/2008, LR 5/2015 dichiarazioni di intenti o accordi con principi di reciprocità

□□accoglienza e predisposizione di missioni, studi, eventi promozionali

□□attività promozionali indirette, quali il supporto a soggetti pubblici e privati presenti sul territorio dell'Emilia-Romagna per l'attuazione di iniziative di internazionalizzazione in materia di marketing territoriale, commercio, collaborazione industriale, turismo, settore agroalimentare, cultura e sport

□□iniziative di scambio di esperienze e assistenza istituzionale

□□supporto ad iniziative di scambio e collaborazione in campo universitario, scolastico e delle politiche giovanili

□□supporto, promozione ed incentivazione allo sviluppo dei gemellaggi tra Comuni e altri Enti Locali a livello internazionale

□□supporto al rientro dei cittadini emiliano-romagnoli emigrati

Il presidio unitario delle funzioni è garantito dal Gabinetto del Presidente della Regione che collabora e si raccorda con i soggetti interni ed esterni interessati e con i soggetti competenti nazionali (Ministero degli affari esteri e cooperazione internazionale, Dipartimento Affari Regionali del Consiglio, Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome), europei (Commissione Europea, Alto rappresentante dell'Unione per gli affari esteri e la politica di sicurezza, Direzioni Generali), con le organizzazioni internazionali e con i partner istituzionali con cui la Regione ha in essere intese di collaborazione.

Altri soggetti che concorrono all'azione

Assemblea Legislativa, Partenariato economico e sociale, Enti locali, Università, Associazioni, Ervet, Aster, Enti di ricerca, Imprese e sistema finanziario, Infrastruttura educativa

Destinatari

Cittadini, singoli o attraverso le associazioni di appartenenza, Comunità locali, Istituzioni europee ed internazionali, soggetti territoriali di realtà omologhe europee ed internazionali,

Sistemi imprenditoriali

Eventuali impatti sugli enti locali

Promozione di rapporti internazionali e raccordo con il Dipartimento affari regionali e MAECI in relazione alle disposizioni normative nazionali in tema di attività internazionali ex art. 117 Cost.

Risultati attesi

2017

- approvazione del documento pluriennale di indirizzi in materia di attività internazionale
- aggiornamento del sistema di coordinamento in materia
- gestione efficace di delegazioni e missioni istituzionali
- valorizzazione del patrimonio relazionale internazionale
- gestione delle attività di competenza della giunta di supporto per la Consulta degli emiliano-romagnoli nel mondo

Intera legislatura

- consolidare il nuovo posizionamento della Regione in ambito europeo e globale
- implementare il nuovo assetto unitario di governo delle relazioni internazionali della Regione

2.1.13 Riforma del sistema di governo regionale e locale in attuazione della Legge n. 56 del 2014 e della LR n. 13 del 2015

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: -

Tra gli obiettivi che la Giunta si pone quello dell'attuazione della Legge regionale di riordino istituzionale ha carattere prioritario. La riforma che la Regione ha avviato con l'approvazione della LR 13/2015 – in attuazione della L. 56/2014 - punta su una nuova definizione di *governance* territoriale basata sul miglioramento dell'azione amministrativa di tutti i soggetti istituzionali coinvolti dal riordino. La nuova *governance* dovrà essere in grado di contemperare esigenze di miglioramento dell'azione amministrativa attuata anche attraverso il completamento dei processi di mobilità del personale delle Province garantendo la continuità nell'esercizio di tutte le funzioni amministrative oggetto di riordino. La Regione, attraverso le previsioni della LR 13, intende inoltre proseguire nel sostegno e nella promozione dei progetti di sperimentazione istituzionale fondate sulla creazione delle c.d. "aree vaste funzionali" che, superando la delimitazione territoriale data dal legislatore statale, tenda sempre più a far coincidere, con ambiti territoriali, intesi come ambiti ottimali per l'esercizio delle funzioni di livello sovra-provinciale.

Assessorato di riferimento

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Altri assessorati coinvolti

Giunta regionale per specifiche competenze

Strumenti e modalità di attuazione

il processo di riordino istituzionale, avviato con l'approvazione della LR 13/2015, portato avanti anche attraverso l'approvazione di successivi provvedimenti da parte della Giunta che dispongono dei beni e delle risorse connesse all'esercizio delle funzioni oggetto di riordino. L'intero processo, viene presidiato attraverso la partecipazione ed il coordinamento delle c.d. sedi di concertazione stabili. In particolare saranno presidiate tutte le attività di carattere politico-istituzionale dell'Osservatorio nazionale per l'attuazione della L. 56/2014, dell'Osservatorio regionale e della Conferenza inter-istituzionale tra Regione, Province, Città Metropolitana di Bologna e ANCI regionale. Il presidio tecnico-amministrativo è garantito dalle unità tecniche di missione trasversali (generale e quella dedicata alla relazione tra la Regione Emilia-Romagna e la Città Metropolitana di Bologna) e da quelle settoriali (ambiente, agricoltura, caccia e pesca, attività produttive commercio e turismo e lavoro, ecc.) cui spetta il completamento della ricognizione dei procedimenti amministrativi in corso alla data di decorrenza dell'esercizio della funzione da parte dell'ente subentrante, la ricognizione dei beni e delle risorse finanziarie e strumentali, nonché il monitoraggio degli effetti derivanti dal riordino delle funzioni amministrative.

Altri soggetti che concorrono all'azione

Assemblea Legislativa, Enti locali

Destinatari

Enti locali e Agenzie regionali

Eventuali impatti sugli enti locali

Prevalentemente di tipo funzionale ed organizzativo

Risultati attesi

2017

attuazione del processo di riordino istituzionale delineato dalla LR 13/2015, prosecuzione nell'implementazione dell'assetto funzionale degli enti coinvolti dal riordino, sviluppo dei contenuti dell'Intesa Generale quadro con la Città Metropolitana di Bologna, sviluppo dei progetti sperimentali di area vasta sovraprovinciale funzionale

Intera legislatura

proseguimento del processo di riordino attraverso provvedimenti di attuazione legislativa

completamento del processo di riordino anche in coerenza con la riforma costituzionale del Titolo V, parte II della Costituzione, il cui *iter* di approvazione terminerà con il referendum costituzionale dell'ottobre 2016. Come conseguenza del nuovo riparto di competenze legislative, discenderà inoltre la necessità dell'adeguamento di tutta la legislazione regionale all'introduzione di nuovi e più estesi titoli di competenza

legislativa statale, nonché alle correlate modifiche ai titoli di competenza legislativa regionale

2.1.14 Unioni e fusioni di Comuni

Missione: Servizi istituzionali, generali e di gestione

Programma: -

Unioni di Comuni.

le Unioni di Comuni saranno protagoniste di una nuova fase di incremento del loro ruolo istituzionale, rappresentando esse, nello sviluppo delle politiche regionali, il perno dell'organizzazione dei servizi di prossimità al cittadino, come espressamente riconosciuto all'art. 8 della LR 13/2015. Compito delle Unioni, ai sensi di tale norma, è realizzare l'integrazione delle politiche e dell'azione amministrativa dei Comuni

favorendo i rapporti di collaborazione fra i Comuni aderenti e quelli non ancora aderenti del medesimo ambito ottimale.

Fusioni di Comuni.

le fusioni di Comuni saranno oggetto di una riflessione politica, partendo dall'assunto che la fusione è una opzione che deve essere vista più come una opportunità strategica che come approdo necessitato per ragioni contingenti. I nuovi criteri di incentivazione mireranno ad erogare finanziamenti prioritariamente alle aggregazioni con una soglia minima di 5.000 abitanti, ma, al contempo, sosterranno anche l'accorpamento dei comuni con meno di 1000 abitanti e saranno, altresì, previste premialità per le fusioni con maggior popolazione e coinvolgenti un maggior numero di Comuni, come espressamente riconosciuto nell'articolo 9 della LR 13/2015.

Assessorato di riferimento

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Altri assessorati coinvolti

Giunta regionale per specifiche competenze

Strumenti e modalità di attuazione

Unioni di comuni

lo sviluppo delle Unioni di Comuni sarà favorito attraverso l'aggiornamento del Programma di riordino territoriale con l'obiettivo, da un lato, nei limitatissimi casi ove risulterà assolutamente necessario, di ridelimitare gli ambiti territoriali ottimali e, dall'altro, di individuare nuovi criteri di incentivazione a carattere pluriennale, volti ad implementare la rete delle Unioni, anche attraverso l'introduzione di indicatori di efficienza. Il rafforzamento del ruolo istituzionale delle Unioni sarà promosso anche con interventi legislativi, in coerenza con l'attuazione al riordino istituzionale derivante dalla L. 56/2014 (LR 13/2015). Proseguirà il lavoro di monitoraggio delle gestioni associate delle Unioni in collaborazione con le associazioni degli enti locali e, in attuazione dell'aggiornamento 2016 del programma di riordino territoriale si lavorerà alla definizione di

indicatori di efficacia ed efficienza delle Unioni. Verranno approfondite le implicazioni programmatiche e territoriali delle Unioni creando nuove sinergie con gli interventi settoriali protesi allo sviluppo complessivo del territorio favorendo il migliore impiego delle risorse anche di provenienza europea.

Fusioni di comuni

sarà garantita l'attività di affiancamento e sostegno ai percorsi di fusione avviati, con la predisposizione dei relativi progetti di legge di fusione, l'organizzazione e la gestione dei referendum consultivi regionali che devono precedere l'approvazione delle leggi di fusione e con il supporto nell'iter legislativo regionale e nell'attività di riorganizzazione funzionale connessa all'avvio istituzionale dei nuovi enti nati da fusione. Proseguiranno le attività dell'Osservatorio regionale delle fusioni (istituito con DGR n. 1446/2015), insediatosi nel dicembre 2015, quale sede di raccordo tra tutti gli interlocutori istituzionali impegnati a supportare i processi di fusione. Sostegno sarà fornito anche nella fase partecipativa e negli studi di fattibilità propedeutici all'avvio dei percorsi di fusione.

Altri soggetti che concorrono all'azione

Assemblea Legislativa, Enti locali, Amministrazioni statali e altri enti

Destinatari

Comuni, Unioni di Comuni

Eventuali impatti sugli enti locali

Impatti di natura finanziaria, discendenti dai contributi regionali concessi alle unioni di Comuni e ai Comuni nati da fusione. Per questi ultimi, ulteriori impatti connessi alla istituzione di nuovi Comuni mediante fusione (e dunque soppressione) di preesistenti Comuni

Banche dati e/o link di interesse

Unioni di Comuni: <http://autonomie.regione.emilia-romagna.it/unioni-di-comuni>

Fusioni di Comuni: <http://autonomie.regione.emilia-romagna.it/fusioni-di-comuni>

Risultati attesi

2017

Unioni di Comuni

aggiornamento del Programma di riordino territoriale ed implementazione di indicatori di efficacia ed efficienza delle gestioni associate da parte delle Unioni di Comuni Fusioni di Comuni

valorizzazione dell'Osservatorio regionale delle fusioni istituito con DGR 1446/2015, con il compito di monitorare gli effetti conseguenti ai processi di fusione in tutti i settori amministrativi di competenza regionale ed il concreto impatto sui cittadini, sugli enti pubblici e sulle imprese. Sostegno ai processi di fusione in tutte le fasi, da quella degli studi di fattibilità propedeutici al loro avvio all'accompagnamento nella fase iniziale dei nuovi enti, passando attraverso il sostegno nei percorsi di partecipazione

Intera legislatura

Unioni di Comuni

l'obiettivo per la legislatura è promuovere l'adesione di tutti i Comuni della Regione ad Unioni di Comuni, con la semplificazione, attraverso il sistema delle Unioni, delle relazioni inter-istituzionali all'interno della Regione Fusioni di Comuni

l'obiettivo è quello di ridurre a 300 il numero dei Comuni della Regione

POLITICHE SOCIALI

Quadro di sintesi degli obiettivi d'Area

Questa area raccoglie gli obiettivi che la Giunta e gli Assessori, direttamente coinvolti in relazione alle competenze attribuite con i decreti Presidente della Giunta n. 220 del 29/12/2014 e n. 4 del 16/1/2015, assumono come prioritari, in coerenza con il Programma di mandato.

Si tratta, nello specifico, di 24 obiettivi strategici relativi alle politiche in materia di:

Politiche di welfare

Valorizzazione e internalizzazione Terzo settore

Infanzia, adolescenza, famiglie
Interventi per la disabilità
Integrazione sociale
Pari opportunità e violenza di genere
Tutela della salute
Non autosufficienza
Assistenza territoriale
Programmazione del Sistema sanitario

Bambini e adolescenti

I minori residenti in Emilia-Romagna al 1.1.2016 sono circa 750 mila, quasi il 17% della popolazione, in linea con il dato nazionale.

La presenza di minori è fortemente legata agli andamenti della natalità e dell'immigrazione e non a caso per tutti gli anni duemila si è riscontrato un deciso aumento dei minori residenti in tutte le fasce di età considerate.

Con la nuova contrazione della natalità e con il diminuito apporto della popolazione immigrata, a partire dal 2011 si verificano andamenti distinti: mentre la popolazione dei bambini in età scolare continua leggermente ad aumentare la popolazione in età prescolare inizia a diminuire (oltre 6mila in meno nel corso dell'ultimo anno).

Se al 1.1.2011 si contavano circa 126 mila bambini nella fascia di età 0-2 anni, oggi si sono ridotti a 110 mila; i bambini in età da scuola materna (3-5 anni) che avevano toccato una punta di quasi 128 mila unità nel 2013 oggi si attestano a meno di 122 mila. Al contrario, sospinti dall'aumento della natalità che ha interessato l'Emilia-Romagna dalla metà degli anni novanta al 2010, i bambini residenti in età tra 6 e 10 anni sono aumentati di oltre 14 mila unità dal 2011 ad oggi, oltre 8 mila in più i bambini tra 11 e 13 anni e quasi 14 mila in più gli adolescenti tra 14 e 18 anni.

La diminuzione della popolazione tra 0 e 5 anni andrà ad influenzare l'andamento osservato per le classi di età successive: nel prossimo decennio anche la popolazione in età scolare smetterà di aumentare poiché vi entreranno gli attuali bambini tra 0 e 5 anni che, come visto, sono meno che in passato.

Un contributo fondamentale all'aumento dei nati, e di conseguenza di bambini e adolescenti, è arrivato dalla popolazione straniera e, soprattutto tra i bambini, se anziché tener conto della cittadinanza si tenesse conto del luogo di nascita gli stranieri diventerebbero una netta minoranza. Oltre il 90% dei bambini stranieri tra 0 e 5 anni è nato in territorio italiano; sono oltre il 75% tra i 6 e i 10 anni e superano il 50% tra gli 11 e i 13 anni.

Famiglie.

Nel 2015 in Emilia-Romagna risiedono circa 1 milione 993 mila famiglie, in aumento rispetto al 2014 anche con una popolazione in leggero calo.

Sia a livello regionale sia a livello nazionale la dimensione media familiare continua a scendere e nel 2015 si attesta rispettivamente a 2,22 e 2,33 componenti.

Nell'ultimo decennio intercensuario 2001-2011, in Emilia-Romagna come in Italia, ad aumentare sono soprattutto le famiglie unipersonali (+43,5%), le famiglie monogenitoriali (+24,3%) e le coppie senza figli (+7,8%) mentre si osserva una diminuzione delle coppie con figli (-4,7%).

L'analisi delle famiglie unipersonali in base alle caratteristiche personali riflette le differenze esistenti in termini di struttura tra la popolazione complessiva e quella di cittadinanza straniera; se nel complesso le famiglie unipersonali appaiono costituite principalmente da persone anziane, per la maggior parte donne, tra gli stranieri si tratta principalmente di uomini tra i 25 e i 54 anni di età.

Le caratteristiche strutturali della popolazione si riflettono in modo considerevole sulle famiglie; è elevata la quota di quelle che ospitano anziani e bassa quella delle famiglie in cui sono presenti minori.

Il 26% delle famiglie residenti è formata da sole persone che hanno 65 anni o più; nel 38% delle famiglie almeno un componente è anziano, mentre solo l'11% delle famiglie vede la presenza di un bambino in età prescolare.

Popolazione straniera.

Nel panorama italiano, l'Emilia-Romagna si è sempre posizionata ai primi posti sia in termini di presenze sia in termini di nuovi arrivi; anche nel quinquennio 2010-2015, in cui si è registrata una diminuzione del tasso di crescita delle migrazioni, mantiene questo primato.

La popolazione straniera è caratterizzata in generale da struttura più giovane rispetto alla popolazione italiana; alcune differenze di genere si osservano tra le cittadinanze (ad es. Ucraina a netta prevalenza femminile e Pakistan a netta prevalenza maschile).

Nel corso del 2015 la popolazione di cittadinanza straniera residente in Emilia-Romagna⁷⁰ è diminuita di oltre 3 mila unità, passando da circa 536 mila a circa 533 mila al 1.1.2016 con un'incidenza sul totale della popolazione pari al 12% (Italia 8,3%).

Questa diminuzione è in apparente contrasto con i dati osservati sulle componenti demografiche dei residenti stranieri; il saldo migratorio positivo e il saldo naturale favorevole avrebbero dovuto determinare un aumento di oltre 19.000 unità⁷¹. La differenza si spiega con l'andamento delle naturalizzazioni. Le acquisizioni di cittadinanza italiana, già in costante crescita, hanno fatto registrare un incremento notevolissimo negli ultimi 3 anni: in Emilia-Romagna, si è passati da meno di 9 mila naturalizzazioni rilevate nel corso del 2012 a 22.514 nel corso del 2015.

La distribuzione nazionale delle naturalizzazioni conferma questo dato: oltre un terzo delle acquisizioni di cittadinanza è avvenuto nel Nord-Est dove, come in Emilia-Romagna, è stato assorbito l'incremento dovuto a nuovi cittadini stranieri in ingresso, determinando una contrazione del numero di cittadini stranieri complessivamente residenti.

All'aumento della platea di quanti raggiungono i requisiti per richiedere la cittadinanza è effettivamente seguito un aumento delle richieste che riguarda per la maggior parte giovani adulti con figli nati in Italia.

Tra i nuovi cittadini italiani residenti in Emilia-Romagna oltre il 37% ha tra i 30 e i 50 anni e un ulteriore 37% è rappresentato da minori, figli che hanno acquisito la cittadinanza per trasmissione dai genitori: tra questi quasi l'87% è nato in Italia.

Condizioni economiche delle famiglie.

Nel 2013, le famiglie residenti in Emilia-Romagna hanno percepito un reddito netto, esclusi i fitti imputati, pari in media a circa 34 mila euro l'anno, poco più di 2.800 euro il mese. È uno tra i valori più alti registrati in Italia (dopo la provincia autonoma di Bolzano e la Lombardia) e supera di circa 1.500 euro il reddito annuo mediamente percepito dalle famiglie residenti nel Nord Italia, e di circa 4.500 euro quello del totale delle famiglie italiane.

A fronte di un reddito medio disponibile fra i più elevati, le famiglie residenti in Emilia-Romagna affrontano una spesa media per consumi fra le più alte in Italia (dopo Trentino Alto Adige e Lombardia). Nel 2014, le famiglie residenti in Emilia-Romagna affrontano una spesa media mensile per consumi, comprensiva dei fitti figurativi, pari a 2.880 euro circa, che supera di quasi 400 euro al mese la spesa media del totale delle famiglie italiane (2.490 euro circa), mentre non si discosta di molto da quella del Nord-est.

La spesa media per consumi delle famiglie è la quantità sui cui l'Istat basa le stime ufficiali della incidenza di povertà relativa⁷³. Nel 2014, in Emilia-Romagna, le famiglie che vivono in condizioni di povertà relativa rappresentano il 4,2% del totale delle famiglie residenti in regione, in linea con il dato della ripartizione di riferimento, mentre in Italia l'incidenza di povertà raggiunge il valore del 10,3%. Sul territorio nazionale, la regione fa registrare tra i livelli più bassi di povertà relativa, dopo il Trentino Alto Adige (3,8%) e la Lombardia (4%).

Disabilità.

In Emilia-Romagna, nel 2013, si stima siano circa 241 mila le persone di 6 anni e più con limitazioni funzionali gravi, di cui circa 201 mila anziani, pari all'84%. Le donne con limitazioni funzionali sono 156 mila, pari al 65% del totale; gli uomini 85 mila. La presenza di limitazioni

funzionali è prevalentemente diffusa tra i molto anziani, età in cui le patologie cronico-degenerative di tipo invalidante si cumulano al normale processo di invecchiamento dell'individuo: presenta limitazioni funzionali il 32% della popolazione con 75 anni e più.

Sono inoltre evidenti differenze di genere a svantaggio delle donne che presentano una prevalenza complessiva del 7,3% contro quella del 4,2% degli uomini.

La stima dei soggetti con limitazioni funzionali in età attiva (15-64 anni) si attesta a circa 34 mila unità, pari al 1,2% della popolazione di 15-64 anni.

Con riferimento alla popolazione di 6 anni e più l'Emilia-Romagna presenta una quota di persone con limitazioni funzionali più bassa della media nazionale (in termini di quozienti standardizzati per età la quota è pari al 4,9% in Emilia-Romagna contro il 5,5% dell'Italia).

Condizioni di salute e fattori di rischio.

Nel 2015, il 71,7% della popolazione residente in Emilia-Romagna dichiara di godere di un buono stato di salute⁷⁵. Il dato segna un lieve aumento rispetto all'anno precedente (69,9%) e più elevato di quello registrato a livello nazionale (69,9%).

Per quanto riguarda la diffusione di patologie croniche, altro indicatore utile a valutare le condizioni di salute della popolazione, il 40% degli emiliano-romagnoli dice di essere affetto da almeno una malattia cronica, percentuale superiore alla media italiana (38,3%) ma in diminuzione rispetto al 2014 (42,5%). In Emilia-Romagna risulta però maggiore la percentuale di coloro che, nonostante la presenza di almeno una malattia cronica, si percepiscono in buona salute, nel 2015 sono il 46,3% contro il 42,3% rilevato in Italia.

Circa un emiliano-romagnolo su 5 dichiara di essere affetto da due o più patologie croniche, valore sostanzialmente il linea con il resto del paese.

Le malattie o condizioni croniche più diffuse in regione sono: l'ipertensione (17,3%), l'artrosi/artrite (15,9%), le malattie allergiche (10%), l'osteoporosi (6,2%), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,6%) e il diabete (5,5%).

L'insorgere delle principali malattie croniche può essere legato a fattori di rischio comportamentali modificabili, quali sedentarietà, fumo, alimentazione non corretta e consumo eccessivo di alcol.

Nel 2015, il 31,9% della popolazione di almeno 3 anni residente in Emilia-Romagna si dichiara sedentario, contro quasi il 40% della media italiana.

Nel 2014 tra gli emiliano-romagnoli di almeno 14 anni la quota dei fumatori è il 19,8% (Italia 19,5%) mentre quella dei consumatori di alcol a rischio è il 16,4% (Italia 15,5%), entrambe in calo rispetto all'anno precedente. Stabile risulta invece l'incidenza delle persone obese, pari al 10,9% della popolazione adulta di 18 anni e più (Italia 10,2%).

Violenza contro le donne.

Alcuni reati sono marcatamente caratterizzati sotto il profilo del genere, nel senso di avere come vittima una donna o un uomo. Le violenze sessuali e lo stalking colpiscono quasi sempre le donne, la loro presenza in questi reati nel ruolo di vittime è, rispettivamente, del 90% e di quasi l'80%. Le lesioni dolose e gli omicidi, consumati o tentati, al contrario interessano in larga parte gli uomini, mentre le ingiurie, le minacce e le percosse toccano più o meno nella stessa misura entrambi i generi.

Nel 2014 più di 9.000 donne in Emilia-Romagna hanno denunciato una o più violenze⁷⁷. Più esattamente, oltre 5.500 sono state vittime di minaccia o ingiuria, circa 700 di *stalking*, più di 2.500 di violenze fisiche, infine, quasi 350 di stupro. Nello stesso anno nella nostra regione sono state uccise 8 donne e 15 hanno subito un tentativo di omicidio.

La metà delle donne che hanno subito sia violenze (verbali o fisiche) o un tentativo di omicidio e circa due terzi di quelle che hanno subito *stalking* sono concentrate nelle classi di età comprese fra 25 e 44 anni, mentre le minori con meno di 13 anni e le donne con più di 65 anni generalmente sono molto meno presenti in quasi tutti i reati. Le donne anziane fanno eccezione per quanto riguarda gli omicidi, dove rappresentano circa il 40% delle vittime. Nel caso dello stupro l'età delle vittime si abbassa in confronto ad altri reati, infatti più di un quarto sono concentrate nella classe 18-24 anni.

I tassi di vittimizzazione dell'Emilia-Romagna sono generalmente più elevati della media italiana per quanto riguarda le ingiurie, le minacce, le lesioni dolose e le percosse e gli stupri, mentre per gli omicidi e lo *stalking* sono mediamente inferiori rispetto a molte regioni anche del Centro-Nord. Negli ultimi anni si è tuttavia registrata una tendenza in netto miglioramento. *conosciute (da colleghi, amici, ecc.)*.

2.3.1 Politiche di cooperazione internazionale allo sviluppo per l'Agenda 2030

Missione: Servizi istituzionali generali e di gestione

Programma: Politica regionale unitaria per i servizi istituzionali, generali e di gestione

Le relazioni e la cooperazione internazionali oggi vivono una fase di profonda trasformazione: diversi paesi del mondo, un tempo 'beneficiari' degli interventi di cooperazione, si stanno progressivamente trasformando in "new donor" e, allo stesso tempo, la realtà della crisi economica ha portato all'emergere di nuove situazioni di povertà in Europa, soprattutto nelle aree urbane sempre più multiculturali. Il peso delle economie emergenti nella *governance* globale è aumentato profondamente negli ultimi decenni e nell'ambito della cooperazione allo sviluppo. Queste dinamiche hanno portato ad una nuova geografia dei flussi, degli attori e delle logiche stesse della cooperazione.

L'obiettivo è di riposizionare l'intera comunità regionale a livello europeo e internazionale e proiettare l'Emilia-Romagna in una dimensione strategica per tutti gli attori coinvolti nelle attività di cooperazione internazionale, solidarietà, aiuto umanitario, promozione della pace e giustizia, attraverso la definizione di un documento integrato e il rilancio di un partenariato volto a promuovere relazioni solidali e paritarie tra i popoli.

In coerenza con la programmazione nazionale, con l'Agenda 2030, nonché con le sfide derivanti dai cambiamenti demografici e migratori, l'obiettivo è quello di attuare gli indirizzi strategici del documento di programmazione triennale 2016-2017 attivando la Regione Emilia-Romagna nei confronti delle istituzioni (pubbliche e private) interregionali, nazionali ed europee, nonché di paesi partner al fine di sviluppare, integrare e promuovere gli attori del sistema territoriale, protagonisti del sistema della cooperazione internazionale allo sviluppo, dell'aiuto umanitario e dell'educazione, della sensibilizzazione e della partecipazione di tutti i cittadini alla solidarietà, alla sostenibilità e alla cooperazione internazionale e alla pace.

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Altri assessorati coinvolti

Presidenza

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

attuazione LR 12/2002

partecipazioni a progettualità su programmi europei e fondi nazionali

progettualità integrate e triangolari

bandi di contributi (anche adottando modalità digitali)

gruppo consultivo, tavoli di area o paese e gruppi di lavoro con gli *stakeholders*

monitoraggio e controllo delle azioni e delle risorse programmate

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, Amministrazioni dello Stato, Soggetti del Terzo Settore, Parti Sociali, Scuole, Università, Associazioni di Categoria, Ervet

Destinatari

Cittadini - singoli o attraverso le associazioni di appartenenza, Comunità locali, Imprese

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

L'impatto è intrinseco poiché le azioni supportanti hanno come tema orizzontale il supporto a politiche per le pari opportunità e non discriminazione

Risultati attesi

2017

- attuazione del documento di programmazione triennale (art.10 LR 12/2002)
- definizione di progettazione strategiche condivise con il partenariato
- rafforzamento del posizionamento della Regione in Europa con particolare attenzione alle istituzioni nazionali, europee ed internazionali nonché con le regioni partner
- miglioramento dell'informatizzazione e dell'efficienza delle procedure dei bandi, di gestione e controllo
- rafforzamento dell'analisi, monitoraggio e sistemi di informazione verso i beneficiari e destinatari
- missioni in loco

Intera legislatura

- rispetto dei *target* intermedi previsti dai programmi regionali nell'ambito del *Performance Framework*
- conclusione di tutte le misure previste dal Piano di rafforzamento amministrativo

2.3.2 Infanzia e famiglia

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Interventi per l'infanzia e i minori e per asili nido

Garantire alle bambine, ai bambini e alle loro famiglie servizi educativi di qualità, coinvolgendo tutti i soggetti della comunità regionale, pubblici e privati

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Altri assessorati coinvolti

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

- mantenimento delle risorse destinate ai servizi educativi per l'infanzia
- adeguamento e attuazione LR 1/2000 e direttiva attuativa, in applicazione della LR 13/2015 e della L 107/2015
- definizione nuovi indirizzi di programmazione per i servizi educativi

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, Soggetti gestori pubblici e privati

Destinatari

Bambine, Bambini e loro famiglie, Operatori dei servizi

Eventuali impatti sugli Enti locali

Gli Enti Locali sono i principali attori delle azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Sviluppare una rete integrata ed evolutiva di servizi educativi per l'infanzia quale fattore strategico-competitivo per l'intera comunità regionale, a partire dalla correlazione tra la diffusione dei servizi e il tasso di occupazione femminile. Contribuire a superare la rigidità nell'organizzazione del lavoro e negli orari di apertura dei servizi

Banche dati e/o link di interesse

Infanzia e adolescenza - Il sistema informativo servizi prima infanzia (SPI-ER):

<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorioinfanzia-e-adolescenza/il-sistema-informativo-dei-servizi-prima-infanzia-della-regione-emiliaromagna-spi-er>

Infanzia e adolescenza - Report dati su bambini e i servizi educativi per la prima infanzia (SPIER):

<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorioinfanzia->

e-adolescenza/i-dati-e-le-statistiche/i-bambini-e-i-servizi-educativi-per-la-primainfanzia-
fonte-spier

Risultati attesi

2017

- monitoraggio della nuova normativa regionale in materia di servizi educativi e definizione nuova direttiva in applicazione delle previste disposizioni nazionali applicative della L. 107/2015, definizione di nuovi indirizzi triennali ed erogazione delle risorse finanziarie
- monitoraggio dei servizi educativi “sperimentali”
- attuazione e verifica delle Intese triennali con i soggetti gestori delle scuole dell’infanzia paritarie (pubbliche e private)

Intera legislatura

- promozione di azioni di miglioramento delle condizioni di fruibilità e qualità diffusa dei servizi educativi, nell’ottica della sostenibilità di sistema
- definizione e applicazione di un nuovo sistema di regolazione dei servizi educativi per l’infanzia, in rapporto con gli enti locali e i gestori pubblici e privati

2.3.3 Minori, adolescenza e famiglia

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Interventi per l’infanzia e i minori e per asili nido

Programma: Interventi per le famiglie

Sostegno al benessere dell’infanzia e dell’adolescenza, anche attraverso politiche di supporto alle famiglie.

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Altri assessorati coinvolti

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

- mantenimento delle risorse nell’ambito della programmazione del fondo sociale regionale
- monitoraggio attuazione della LR 14/2008, come modificata in applicazione della LR 13/2015 e monitoraggio delle relative direttive applicative:

- progetto adolescenza

- accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso

- interventi integrati nell’area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento coordinamento azioni di prevenzione dell’istituzionalizzazione e sostegno alla genitorialità

- applicazione nuovo protocollo in materia di adozione

Altri soggetti che concorrono all’azione

Enti locali, AUSL e Distretti, Soggetti gestori pubblici e privati, Scuole, Agenzie educative, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Destinatari

Bambine e bambini, Adolescenti e famiglie, Operatori dei servizi

Eventuali impatti sugli Enti locali

Gli Enti Locali - insieme ad AUSL e Distretti - sono i principali attori delle azioni di coordinamento territoriali necessarie per raggiungere gli obiettivi

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Accrescere la capacità di leggere ed interpretare i contesti di vita e le situazioni “a rischio”, con particolare riguardo ai minorenni in situazione di disagio

Banche dati e/o link di interesse

Infanzia e adolescenza - [Sistema informativo SISAM](#):

<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorioinfanzia-e-adolescenza/il-sistema-informativo-sisam>

Infanzia e adolescenza: Reportistica dati su bambini, ragazzi, famiglie e servizi sociali

<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorioinfanzia-e-adolescenza/I%20bambini%20e%20i%20servizi%20sociali>

Risultati attesi

2017

aggiornamento direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari

monitoraggio e ridefinizione del progetto adolescenza

promozione di azioni di accompagnamento di area vasta in relazione alla nuova allocazione dei coordinamenti tecnici in materia di minorenni

Intera legislatura

azioni di prevenzione dell'istituzionalizzazione dei minori e sostegno alla genitorialità

confronto con gli enti locali sulla programmazione territoriale del sistema di accoglienza dei minorenni fuori famiglia al fine della rimodulazione dell'offerta in relazione all'evoluzione dell'utenza

redazione della relazione prevista dalla clausola valutativa della LR 14/2008, attraverso un processo di produzione partecipata di un 'Rapporto sociale sulle giovani generazioni'

2.3.4 Inserimento lavorativo delle persone con disabilità

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Interventi per la disabilità

L'integrazione professionale delle persone disabili costituisce uno dei fondamentali obiettivi delle politiche regionali del lavoro e di coesione sociale e uno dei principali indicatori della qualità dell'azione delle istituzioni, dell'efficacia dei servizi, del grado di sviluppo del tessuto imprenditoriale ed economico.

L'azione della Regione per l'integrazione al lavoro delle persone disabili si realizza innanzitutto tramite l'applicazione della normativa nazionale e regionale.

La Legge nazionale 68/99 affida alle Regioni il compito di programmare gli interventi per facilitare l'inserimento delle persone disabili nel mondo del lavoro, ricorrendo alle risorse del Fondo Regionale Disabili (FRD) costituito dagli oneri dovuti dalle imprese che non rispettano gli adempimenti previsti dalla suddetta Legge o che chiedono l'esonero dall'obbligo.

La LR 14/2015 istituisce l'integrazione dei servizi sociali, sanitari e del lavoro per favorire, attraverso una presa in carico integrata e multidisciplinare, l'inserimento o il reinserimento nel mercato del lavoro delle persone più fragili e vulnerabili e introduce una nuova tipologia di tirocinio che consente esperienze sul lavoro anche alle persone meno pronte a inserirsi in una organizzazione aziendale, ma che possono trovare vantaggio in un'esperienza di tipo lavorativo anche sotto il profilo riabilitativo.

In attuazione di quanto previsto dalla normativa si collocano gli interventi di politica attiva diretti alle persone. Tali interventi sono finanziati dal FRD e prevedono: formazione, orientamento, accompagnamento al lavoro, tirocini, tutoraggio e valutazione delle competenze, nonché azioni di sistema per accompagnare i processi di supporto all'inserimento lavorativo e alla valorizzazione professionale (contributi ai Comuni per il sostegno alla mobilità casa-lavoro, sostegno a associazioni e cooperative sociale, ecc.) e misure di accompagnamento e un'offerta di servizi in grado di assicurare condizioni di contesto (sociale, territoriale, aziendale) favorevoli all'inclusione sociale.

Attraverso il FRD, nel il 2017, sono previste anche azioni a favore delle imprese, sia quelle sottoposte all'obbligo di assunzione ai sensi della legge, che quelle che assumono disabili in un'ottica di valorizzazione dell'impegno sociale d'impresa (incentivi per l'assunzione e contributi per l'adattamento dei posti di lavoro).

All'efficacia ed efficienza dei servizi per il lavoro dedicati alle persone disabili per ridurre la distanza delle stesse dal mercato del lavoro, saranno strategiche sia l'operatività dell'Agenzia Regionale per il Lavoro, che l'attuazione della LR 14/2015, che prevede l'assegnazione di risorse del Fondo Regionale Disabili anche ai Distretti per la realizzazione dei progetti integrati previsti dalla legge.

Assessorato di riferimento

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Altri assessorati coinvolti

Attività produttive, piano energetico, economia verde e ricostruzione post-sisma

Politiche della salute

Politiche di welfare e politiche abitative

Strumenti e modalità di attuazione

Fondo Regionale Disabili

Altri soggetti che concorrono all'azione

Partenariato istituzionale, economico e sociale (Conferenza Regionale Tripartita, Comitato di Coordinamento Istituzionale, Conferenza Regionale Sistema Formativo, Conferenza Regione e Università), Enti locali e dei soggetti formativi (scuole, enti di formazione accreditati, centri di ricerca, università), Servizi per il lavoro e dei servizi sociali e sanitari.

Destinatari

Persone con disabilità

Risultati attesi

2017

programmazione e attuazione degli interventi a favore del collocamento dei disabili, in accordo con le rappresentanze delle Associazioni Disabili e delle parti sociali, su tutto il territorio regionale

attuazione delle misure previste dalle LR 14/2015 per quanto riguarda le persone con disabilità in condizioni di fragilità e vulnerabilità

Intera legislatura

accrescere la percentuale di persone con disabilità che ai sensi della L. 68/99 possono essere collocate al lavoro ma anche delle persone con disabilità che non rientrano nei parametri previsti dalla Legge, ma che hanno maggiori difficoltà a collocarsi nel mercato del lavoro

2.3.5 Contrasto alla povertà e all'esclusione sociale

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale

Gli obiettivi si collocano nell'ambito delle indicazioni della Strategia europea 2020 e sono volti a contrastare e ridurre gli effetti della povertà e dell'emarginazione sia rispetto al fenomeno nel suo complesso, sia relativamente a particolari fasce di popolazione maggiormente vulnerabili (ad esempio senza fissa dimora, soggetti in area penale, rom e sinti).

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Altri assessorati coinvolti

Attività produttive, piano energetico, economia verde e ricostruzione post-sisma

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità

Difesa del suolo e della costa, protezione civile e politiche ambientali e della montagna

Politiche per la salute

Trasporti, reti infrastrutture materiali e immateriali, programmazione territoriale e agenda digitale

Turismo e commercio

Strumenti e modalità di attuazione

- □ supporto all'implementazione di misure nazionali e regionali di sostegno al reddito e a contrasto della povertà con particolare riferimento alle famiglie con minori
- □ avvio del percorso di attuazione della LR 14/2015 in materia di inclusione sociale e lavorativa delle persone in condizione di fragilità
- □ sperimentazione di interventi innovativi nel campo del disagio socio-abitativo cronico e conclusione del percorso valutativo
- □ attuazione della LR 11/2015 e della Strategia regionale anche attraverso la concessione - mediante bando - di contributi in conto capitale e spesa corrente per il superamento delle aree sosta di grandi dimensioni e delle situazioni di degrado abitativo
- □ supporto alla realizzazione di interventi a sostegno dell'inserimento socio-lavorativo in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria Regionale e gli Assessorati regionali competenti

Altri soggetti che concorrono all'azione

Amministrazioni pubbliche, Terzo settore, Parti sociali

Destinatari

Persone in condizioni di povertà (anche a seguito della crisi economica) e marginalità estrema quali senza fissa dimora con situazioni multiproblematiche (salute mentale, alcolismo, tossicodipendenza), Persone fragili ai sensi della LR 14/2015, Persone rom e sinti che vivono ancora nelle aree sosta di grandi dimensioni e in situazioni di degrado abitativo, Soggetti in area penale (detenuti e persone sottoposte a misure alternative alla detenzione)

Eventuali impatti sugli Enti locali

Politiche e obiettivi nel campo del contrasto alla povertà e all'esclusione sociale delle categorie più vulnerabili hanno un impatto diretto sugli Enti locali e sulla coesione sociale

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Tutti gli interventi nei confronti delle persone in condizioni di vulnerabilità e grave marginalità sociale sono finalizzati a compensare, almeno in parte, le condizioni di svantaggio, quindi a creare i presupposti per una maggiore parità. Ad esempio la chiusura dei campi sosta di grandi dimensioni risponde anche alla necessità di eliminare un elemento di separatezza e stigmatizzazione da parte della comunità maggioritaria oltre che un fattore di tensione sociale

Risultati attesi

2017

- □ sostegno all'implementazione sul territorio regionale della misura nazionale di sostegno al reddito, in particolare per le famiglie con minori in condizioni di povertà assoluta
- □ avvio della programmazione regionale integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari in attuazione della LR 14/2015
- □ gestione del bando regionale per il superamento delle aree sosta per rom e sinti di grandi dimensioni e delle situazioni di degrado ai sensi della LR 11/2015
- □ implementazione del sistema informativo regionale collegato alla LR 11/2015

Intera legislatura

- □ consolidamento e monitoraggio della programmazione regionale integrata dei servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari in attuazione della LR 14/2015
- □ monitoraggio quali-quantitativo delle presenze nelle aree e nei campi sosta della regione anche attraverso l'elaborazione di un sistema informativo collegato alla LR 11/2015
- □ predisposizione della relazione alla clausola valutativa prevista all'art. 7 LR 11/2015
- □ supporto all'implementazione del Sistema informativo su interventi e servizi sociali finalizzati al contrasto della povertà e dell'esclusione sociale (SIP)

2.3.6 Politiche per l'integrazione

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Interventi per i soggetti a rischio di esclusione sociale

Raggiungimento di un buon livello di inclusione sociale delle persone migranti nel contesto regionale (scuola, formazione, lavoro, sociale, salute, casa), rimozione di ostacoli di ordine

linguistico, culturale ed organizzativo, promozione di forme di cittadinanza attiva e di dialogo interculturale, prevenzione e contrasto ai fenomeni di esclusione, discriminazione e tratta in attuazione della LR 5/2004.

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Altri assessorati coinvolti

Giunta Regionale per specifiche competenze

Strumenti e modalità di attuazione

- attuazione interventi/azioni finalizzati all'integrazione nell'ambito di programmazioni e/o Accordi nazionali/europee
- definizione e gestione progetti a valere su avvisi pubblici FAMI in materia di integrazione dei cittadini stranieri
- ridefinizione di un cruscotto di indicatori di integrazione
- supporto al consolidamento di un sistema regionale di accoglienza per richiedenti e titolari di protezione internazionale
- supporto alla prosecuzione del progetto regionale Oltre la Strada per la prevenzione, assistenza e integrazione sociale vittime di tratta e riduzione in schiavitù

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, Amministrazioni dello Stato, Soggetti del Terzo Settore, Parti Sociali, Associazionismo immigrati, Volontariato, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Destinatari

Cittadini stranieri presenti e/o residenti in Emilia-Romagna, Richiedenti e titolari di protezione internazionale, Persone vittime di tratta e riduzione in schiavitù, Operatori dei servizi pubblici e del terzo settore, Volontari

Eventuali impatti sugli Enti locali

Gli Enti locali sono tra i principali attori della programmazione sociale regionale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

L'insieme degli interventi suindicati si pone l'obiettivo di garantire pari opportunità e non discriminazione diminuendo, in particolare, le differenze in termini di accesso ed efficacia di risposta da parte dei servizi pubblici tra la sottopopolazione autoctona e quella immigrata (extracomunitari e comunitari)

Banche dati e/o link di interesse

Progetto osservatorio sulla tratta:

http://www.osservatoriointerventitratta.it/?page_id=397

Immigrazione:

<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/immigrati-e-stranieri/temi/osservatorio-regionale-sulfenomeno-migratorio>

Risultati attesi

2017

- programmazione e attuazione sull'intero territorio regionale di misure volte a favorire l'accesso dei cittadini stranieri al sistema dei servizi pubblici
- predisposizione di una Relazione finale che illustri lo stato di attuazione degli obiettivi fissati dal Programma Triennale ed i risultati delle azioni promosse per il loro conseguimento
- predisposizione di una Relazione alla Clausola Valutativa in ordine alle questioni poste dall'art. 20 della LR 5/2004
- prosecuzione del sistema di interventi territoriali denominato "Oltre la Strada" e implementazione di azioni sperimentali di sistema, ai sensi del DPCM del 16 maggio 2016

Intera legislatura

□□ approvazione del nuovo Programma Triennale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri ai sensi dell'art. 3 comma 2 della LR 5/2004

□□ programmazione e gestione delle misure per l'integrazione dei cittadini stranieri finanziate attraverso il FAMI (biennio 2018-19)

2.3.7 Contrasto alla violenza di genere e pari opportunità

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Programmazione e governo della rete dei servizi socio-sanitari e sociali

Contrasto alla violenza di genere: attuazione della LR 6/2014 e del Piano regionale contro la violenza di genere (DAL n.69/2016), e sua diffusione. Istituzione dell'Osservatorio regionale sulla violenza di genere e del monitoraggio permanente della violenza di genere ex art. 18 LR 6/2014 e dell'Elenco regionale dei centri antiviolenza e delle loro dotazioni.

Assegnazione e concessione ai Comuni sedi di Centri di accoglienza e case rifugio del fondo statale per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità (art. 19, comma 3 DL 223/2006 convertito con modificazioni dalla L. 248/2006).

Pari opportunità: promozione del *mainstreaming* di genere anche attraverso l'attività dell'Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali; coordinamento del lavoro per la predisposizione del Bilancio di genere e del Piano integrato in materia di pari opportunità; prosecuzione delle attività di diffusione di una cultura attenta alle differenze e alle pari opportunità e al contrasto agli stereotipi di genere; attuazione della LR 6/2014 per le parti di competenza.

Assessorato di riferimento

Bilancio, riordino territoriale, risorse umane e pari opportunità

Altri assessorati coinvolti

Giunta Regionale per specifiche competenze

Strumenti e modalità di attuazione

□□ LR 6/2014, LR 2/2003

□□ DAL 175/2008

□□ DAL 69/2016

□□ Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo e le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali, relativa ai requisiti minimi dei Centri antiviolenza e delle Case rifugio, prevista dall'art. 3, comma 4, del D.P.C.M. del 24 luglio 2014, del 27 novembre 2014

□□ Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015

Altri soggetti che concorrono all'azione

Conferenze Territoriali Sociali-Sanitarie (CTSS), Enti Locali, Aziende USL e Distretti, Soggetti gestori pubblici e privati di case e centri antiviolenza, Agenzie di Comunicazione, Scuole e agenzie educative

Destinatari

Vittime di violenza di genere e loro figli e figlie, Donne e cittadinanza in genere, Operatori dei servizi

Eventuali impatti sugli Enti Locali

Gli Enti Locali - insieme ad Aziende USL e Distretti - sono i principali attori delle azioni di coordinamento territoriali necessarie per raggiungere gli obiettivi

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Tutte le attività sono dirette alla promozione delle pari opportunità e al contrasto delle discriminazioni

Risultati attesi

2017

□□ attuazione del Piano regionale contro la violenza di genere con particolare riferimento all'istituzione dell'Osservatorio regionale sulla violenza di genere e del monitoraggio permanente

della violenza di genere e istituzione dell'Elenco regionale dei centri antiviolenza e delle loro dotazioni.

□□attività di *mainstreaming* e presidio delle attività regionali in materia di pari opportunità; coordinamento del lavoro per la realizzazione del Bilancio di genere e del Piano integrato in materia di pari opportunità: integrazione dei due documenti quali strumenti di lettura l'uno dell'altro; prosecuzione delle attività di diffusione di una cultura attenta alle differenze e alle pari opportunità e al contrasto agli stereotipi di genere

Intera legislatura

□□consolidamento di azioni regionali e territoriali sistematiche e diffuse sui temi delle pari opportunità e del contrasto alla violenza di genere

2.3.8 Valorizzazione del Terzo settore

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Cooperazione e associazionismo

Valorizzazione del ruolo del terzo settore nel sistema di welfare regionale, ridefinizione dei rapporti della Pubblica Amministrazione e della Regione in particolare con il terzo settore, attuazione della riforma nazionale in merito. Valorizzazione del Servizio Civile anche mediante l'attuazione del documento di programmazione triennale..

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Altri assessorati coinvolti

Presidenza

Attività produttive, piano energetico, economia verde e ricostruzione post-sisma

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità

Difesa del suolo e della costa, protezione civile e politiche ambientali e della montagna

Politiche per la salute

Trasporti, reti infrastrutture materiali e immateriali, programmazione territoriale e agenda digitale

Strumenti e modalità di attuazione

□□LR 13/2015, LR 12/2014, LR 8/2014, LR 12/2005, LR 20/2003, LR 34/2002

□□Direttive e Linee guida di attuazione

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, Terzo settore, Organizzazioni di volontariato, Associazioni di promozione sociale, Cooperative sociali, Comuni, Province, AUSL, Centri di Servizio per il Volontariato (CSV), Co.Ge (Comitato di gestione fondo speciale per il volontariato dell'Emilia-Romagna), Enti iscritti all'albo del Servizio Civile, Coordinamenti Provinciali enti di servizio civile, Ervet, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Destinatari

Organizzazioni di volontariato, Associazioni di promozione sociale, Cooperative sociali, Enti locali, AUSL, CSV, Giovani, Enti pubblici e privati del servizio civile

Eventuali impatti sugli Enti locali

Sono notevoli in quanto le politiche avranno effetti sulla programmazione, pianificazione e realizzazione degli interventi locali e sulla forma di rapporto con i soggetti del Terzo settore.

Inoltre valorizzazione dei giovani italiani o provenienti da altri paesi quale risorsa positiva per la comunità locale e occasione di crescita umana, relazionale e professionale dei giovani stessi

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Contrastare i rischi di isolamento dei soggetti con meno potenzialità (professionali, fisiche, linguistiche, culturali ecc.)

Banche dati e/o link di interesse

Banche dati Terzo Settore:

<http://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/banche-dati/banche-dati/banche-datiterzo-settore>

Risultati attesi

2017

- perfezionamento della banca dati TeSeO per quanto riguarda le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale e implementazione per quanto riguarda le cooperative sociali
- in rapporto alla legge nazionale di riforma del terzo settore definire le nuove forme di rappresentanza territoriali del terzo settore e il ruolo dei centri di servizio per il volontariato, anche tenuto conto della ridefinizione istituzionale territoriale
- attuazione del documento di programmazione triennale del servizio civile

Intera legislatura

- messa a regime delle banca dati TeSeO
- attuazione della riforma del Terzo settore a livello territoriale in armonia con il dettato normativo nazionale

2.3.9 Politiche di welfare

Missione: Diritti sociali, politiche sociali e famiglia

Programma: Politica regionale unitaria per i diritti sociali e la famiglia

Attuazione del nuovo Piano sociale e sanitario regionale; supporto alla programmazione sociale locale con ripartizione del Fondo sociale regionale; monitoraggio e supporto all'attuazione delle linee guida di riordino del Servizio Sociale Territoriale (SST) e delle Linee guida per l'attività dei Centri per le famiglie.

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Altri assessorati coinvolti

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità

Politiche per la Salute

Strumenti e modalità di attuazione

- LR 13/2015, LR 12/2013, LR 2/2003
- DGR 391/2015, DGR 1012/2014
- Piano sociale e sanitario

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, AUSL, Terzo settore, Agenzia regionale per il Lavoro, Servizio Programmazione, valutazione e interventi regionali nell'ambito delle politiche della formazione e del lavoro, INPS, Agenzia Sanitaria e Sociale regionale

Destinatari

Enti locali, AUSL, Terzo Settore, Cittadini

Eventuali impatti sugli Enti locali

Gli impatti previsti sono notevoli in quanto la titolarità della gestione dei servizi è degli Enti locali e l'impatto delle scelte sul tema della programmazione ricade direttamente su famiglie e cittadini. Per questo è necessario che il percorso per il raggiungimento degli obiettivi sopra descritti sia ampiamente condiviso e coinvolga tutti gli interlocutori interessati

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Ogni attività di quelle sopra descritte ha necessariamente un impatto sulle cittadine di genere femminile presenti nel territorio regionale, siano esse bambine, ragazze e donne, di cittadinanza italiana o non. Sarà quindi necessario che il percorso per il raggiungimento degli obiettivi sopra descritti sia ampiamente condiviso e coinvolga tutti gli interlocutori interessati e tenga conto in particolare degli obiettivi del Piano integrato delle azioni regionali in materia di pari opportunità di genere:

- contrastare i fenomeni di povertà e marginalità sociale di genere, favorendo l'inclusione

garantire la sicurezza, contrastando ogni forma di abuso e violenza

Risultati attesi

2017

avvio percorso di attuazione del Piano sociale e sanitario regionale

attività a supporto e monitoraggio dell'attuazione delle Linee guida del SST

attività a supporto e monitoraggio dell'attuazione delle Linee guida per i Centri per le famiglie

applicazione del dettato della LR 13/2015 con riferimento alle disposizioni in materia di servizi sociali ed educativi

definizione degli obiettivi e dei criteri di riparto del fondo sociale regionale

Intera legislatura

Attuazione Piano Sociale e Sanitario Regionale

2.3.10 Chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

Il 31 marzo 2015 gli Ospedali psichiatrici giudiziari sono stati chiusi e le misure di sicurezza detentive applicate dalla Magistratura da quella data vengono eseguite e presso strutture ad esclusiva gestione sanitaria (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza - REMS) attivate presso le AUSL di Bologna e di Parma. Le Aziende Usl devono garantire la definizione di programmi terapeutico-riabilitativi da sottoporre alla Magistratura, per la dimissione dei pazienti dalle REMS.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

monitoraggio dell'attività delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) aperte a Bologna e a Parma

potenziamento della assistenza e della definizione dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali diretti alle persone autrici di reato

definizione di procedure con la Magistratura di sorveglianza e di cognizione dirette a privilegiare le misure di sicurezza non detentive come previsto dalla norma nazionale

Destinatari

Persone con patologie psichiatriche autrici di reato

Risultati attesi

2017

nel rispetto delle autonome decisioni della Magistratura, maggiore offerta da parte delle AUSL di programmi per l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al soggiorni in REMS alla per le persone con patologie psichiatriche autrici di reato

Intera legislatura

attivazione della futura residenza per l'esecuzione della misura di sicurezza situata presso l'Azienda Usl di Reggio Emilia

2.3.11 Completamento del percorso regionale attuativo della certificabilità

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

Definizione ed applicazione di una regolamentazione e di un sistema di procedure in materia amministrativo-contabile che consenta alle Aziende Sanitarie ed alla Gestione Sanitaria Accentrata regionale di migliorare la qualità del dato contabile e di sottoporsi positivamente ad eventuali verifiche e revisioni contabili.

Raggiungimento degli *standard* organizzativi, contabili e procedurali definiti a livello nazionale e regionale, attraverso il completamento e l'applicazione del sistema delle procedure amministrativo-contabili e di controllo interno.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Risultati attesi

2017

la Regione, le Aziende Sanitarie e gli enti del SSR, sono impegnati nell'assicurare l'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) mediante la realizzazione delle azioni e nel rispetto della tempistica ridefinita dalla DGR 150/2015. In particolare nel 2017 dovranno concludersi le attività volte alla realizzazione del PAC e le Aziende Sanitarie, compresa la Gestione Sanitaria Accentrata saranno sottoposte alle Revisioni Limitate da parte dei Collegi Sindacali, attività già avviate nel corso del 2016

Intera legislatura

certificabilità dei bilanci di tutte le Aziende Sanitarie e della Gestione Sanitaria Accentrata regionale, eventualmente verificata la revisione contabile del bilancio d'esercizio

positivo superamento delle annuali valutazioni da parte del tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'art.12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005

2.3.12 Consolidamento dei servizi e delle prestazioni del fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA)

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

L'obiettivo strategico riguarda il consolidamento dei servizi e delle prestazioni assicurate tramite il FRNA (Fondo Regionale per la Non Autosufficienza) garantendo il mantenimento dei livelli di qualità definiti per i servizi accreditati, l'innovazione, la flessibilità e la sostenibilità nel tempo dell'offerta dei servizi e della, loro flessibilità in relazione alle previsioni degli andamenti demografici della popolazione e l'equità nell'accesso e nella contribuzione al costo dei servizi e la rendicontazione sociale dell'uso di queste risorse anche a livello territoriale.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri Assessorati coinvolti

Bilancio, Riordino Istituzionale, Risorse Umane e Pari Opportunità

Strumenti e modalità di attuazione

per l'equità di accesso, i criteri di distribuzione ed allocazione territoriale delle risorse

per il consolidamento dei servizi, gli strumenti di *governance* territoriale in fase di ridefinizione ed una più chiara definizione delle regole condivise a livello regionale per l'utilizzo del FRNA puntando su innovazione soprattutto nel sostegno a domicilio e degli obblighi di rendicontazione a livello territoriale

per la garanzia della qualità e della sostenibilità nel tempo, la messa a regime del sistema di accreditamento dei servizi sociosanitari mediante la semplificazione dei requisiti con l'orientamento finale al benessere delle persone e delle famiglie destinatarie dei servizi e curando la comunicazione con i cittadini sui benefici conseguenti per loro

per la sostenibilità, l'uso integrato di tutte le risorse (FNA -Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, risorse degli Enti locali, risorse degli utenti)

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali (negli strumenti di *governance*), in un rinnovato rapporto con le Organizzazioni sindacali, Associazioni, Terzo settore, Soggetti gestori dei servizi accreditati

Destinatari

Persone non autosufficienti (anziani, disabili) con diversi livelli di gravità, le loro famiglie ed il *caregiver* familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza come definito dalla LR 2/2014)

Banche dati e/o link di interesse

SISEPS - Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali:
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/>

Risultati attesi

2017

- mantenimento dell'offerta complessiva di servizi e di capacità di presa in carico rispetto al 2015
- definizione modalità flessibili ed innovative degli interventi finanziabili con FRNA e FNA per il sostegno a domicilio
- semplificazione e sostenibilità del sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari

Intera Legislatura

- mantenimento del numero complessivo degli utenti rispetto al 2014 a parità di risorse disponibili
- definizione ed attuazione a livello territoriale dei criteri condivisi a livello regionale per garanzia di equità nell'accesso e nella contribuzione al costo dei servizi sociosanitari in relazione sia alla definizione del nuovo Isee che dell'accordo con gli Enti locali per la costruzione di un sistema omogeneo regionale per la contribuzione al costo dei servizi sociosanitari
- attuazione delle modalità condivise di rendicontazione sociale dell'uso del FRNA e FNA in tutti gli ambiti distrettuali

2.3.13 Dati Aperti in Sanità

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

Perseguire l'obiettivo di rendere i dati e gli indicatori, prodotti nel Sistema Informativo delle Politiche Sanitarie e Sociali, liberamente accessibili a tutti, senza vincoli che ne limitino la riproduzione e il riuso. In stretta relazione con gli obiettivi del Programma per la trasparenza e l'integrità, il Progetto *Dati Aperti* e l'Agenda Digitale della Regione Emilia-Romagna, il sistema dei Servizi Sanitari e Sociali pubblica con regolarità, in formato digitale, elaborabili ed importabili elettronicamente, le informazioni che descrivono lo stato di salute della popolazione, struttura, funzionamento, costi e risultati dell'attività svolta dai servizi sanitari e sociali, con l'obiettivo di rendere conto del proprio operato e di fornire ai cittadini informazioni e strumenti per produrre nuova conoscenza e contribuire, attraverso il riuso dei dati e le loro valutazioni, a migliorare la qualità dei servizi erogati. Tutto questo in un ecosistema sempre più dinamico, interconnesso e collaborativo tra amministrazione regionale e società civile. In particolare, i "Dati aperti" messi a disposizione permetteranno:

- abilitare servizi che utilizzano dati da fonti diverse e che consentono di descrivere, dinamicamente, il funzionamento di una struttura sanitaria, per scegliere trovare il miglior equilibrio tra distanza, qualità ed adeguatezza della prestazione
- arricchire i dati a disposizione con altri dati già disponibili (informazioni geo-spaziali sulle strutture, le distanze e tempi di percorrenze su strada) per abilitare la realizzazione da parte della comunità di servizi paziente-centrico che migliorano l'accesso alle prestazioni/strutture

Obiettivi strategici:

- governare il processo di apertura dei dati, con l'obiettivo di rendere sempre più fruibile il patrimonio informativo esistente, garantendone rilevanza, qualità e tempestività di pubblicazione
- perseguire l'interazione con gli utilizzatori dei dati e fare rete con processi analoghi attivi a livello regionale, nazionale ed europeo.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

E' necessario un investimento sul *web* sociale, sulla convergenza al digitale di tutti i documenti e la loro fruizione attraverso *internet* e dispositivi mobili; occorre poi definire le priorità per l'agenda della pubblicazione dei dati aperti di sanità e sociale, da aggiornare periodicamente e con il coinvolgimento degli utenti. Uno sforzo importante è garantire il controllo di qualità dei dati e delle informazioni

Altri soggetti che concorrono all'azione

Capo di Gabinetto, Aziende Sanitarie

Banche dati e/o link di interesse

Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali (SISEPS):

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/reporter/reporter-stats>

Risultati attesi

2017

pubblicazione periodica dell'agenda per il rilascio dei dati (rango di priorità e scadenze): rispetto dei tempi e delle priorità di apertura

aumento della visibilità e dell'interesse da parte degli utenti verso i Dati Aperti

Intera legislatura

redazione del piano di comunicazione dei Dati Aperti

pubblicazione periodica dell'agenda per il rilascio dei dati (rango di priorità e scadenze): rispetto dei tempi e delle priorità di apertura

2.3.14 Ottimizzazione della gestione finanziaria del Servizio Sanitario Regionale

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

Programmazione dell'utilizzo delle disponibilità liquide e del ricorso all'anticipazione di tesoreria al fine di consolidare i tempi di pagamento del settore sanitario e di rispettare le disposizioni del D.Lgs 231/2002 e s.m.i.

Completamento del percorso finalizzato all'adesione delle Aziende Sanitarie alla convenzione regionale per lo svolgimento del servizio di Tesoreria.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri assessorati coinvolti

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Risultati attesi

2017

miglioramento ulteriore dei tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi delle Aziende Sanitarie con l'obiettivo di rispettare la normativa nazionale

adesione alla convenzione regionale per lo svolgimento del servizio di Tesoreria delle Aziende Usl e Ospedaliera di Reggio Emilia e dell'Azienda Usl di Piacenza, dopo che nel 2015 hanno aderito le prime cinque Aziende del Servizio Sanitario Regionale

per quanto riguarda l'applicazione della fatturazione elettronica, prevista dalla legge e avvenuta nel 2015, è necessario che il passaggio non sia limitato ad un mero adempimento, ma sia utilizzato per migliorare l'efficacia e l'efficienza del lavoro dei servizi amministrativi, risparmiando tempo e offrendo ai fornitori un servizio sempre migliore

Intera legislatura

consolidamento dei tempi di pagamento del settore sanitario, monitoraggio e verifica dell'indicatore aziendale di tempestività dei pagamenti, annuale e trimestrale

adesione alla convenzione regionale per lo svolgimento del servizio di Tesoreria

2.3.15 Politiche di sviluppo dell'area dell'assistenza territoriale

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale-finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea
Medicina di gruppo

- revisione del modello organizzativo della medicina convenzionata, medicina generale, pediatria di libera, specialistica ambulatoriale, alla luce delle indicazioni della normativa nazionale di riferimento (L.189/2012, Patto per la Salute 2014-2016)
- monitoraggio e valutazione delle modalità organizzative e assistenziali dei Nuclei di Cure Primarie;
- promozione di percorsi di miglioramento della qualità assistenziale anche attraverso reportistica dedicata.

Case della Salute

- le Case della Salute devono qualificarsi come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento in cui operano comunità di professionisti (équipe multiprofessionali e interdisciplinari) secondo uno stile di lavoro orientato a programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari, territorio-ospedale, e tra servizi sanitari e sociali;
- definire elementi organizzativi e assistenziali a supporto del coordinamento delle attività, soprattutto nelle Case della Salute a media/alta complessità, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, anche in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018, e della attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari.

Ospedali di Comunità

- sviluppo degli Ospedali di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, (DGR 2040/2015). La regione intende offrire attraverso gli Ospedali di Comunità un nuovo *setting* assistenziale a supporto della integrazione ospedale-territorio e della continuità delle cure per dare una risposta più qualificata ai nuovi bisogni di salute della popolazione regionale.

Tempi di attesa

- la Regione Emilia-Romagna mantiene l'impegno avviato nel 2015 sul contenimento dei tempi di attesa con particolare riferimento anche alla facilitazione dell'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini e all'aumento della capacità produttiva delle Aziende Sanitarie
- attraverso la DGR 377/2016 "*Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della LR 2/2016*" sono state disciplinate uniformi modalità operative per le Aziende
- ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'azienda Ospedaliera o Ospedaliera– Universitaria o eventuale IRCCS di riferimento, ha realizzato gli interventi per il contenimento dei tempi di attesa tra cui l'estensione degli orari di attività nelle giornate feriali e se necessario l'apertura di sabato e di domenica degli ambulatori, la ridefinizione degli ambiti territoriali in cui devono essere assicurati i tempi di attesa, la programmazione di prestazioni aggiuntive in caso di criticità
- l'Osservatorio Regionale per i tempi di attesa costituito dai Responsabili Unitari dell'accesso per ambito territoriale ha il mandato di monitorare i risultati delle azioni finalizzate alla garanzia dei tempi di attesa e i volumi di attività erogati in regime istituzionale e in libera professione intramuraria.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

Medicina di gruppo

- collaborazione con le Aziende USL
- utilizzo di piattaforme informatiche e logistiche comuni
- profili di NCP e pediatri di libera scelta
- Osservatorio Cure Primarie

Case della Salute

- definizione e sviluppo di un sistema informativo per le Case della Salute
- implementazione delle indicazioni regionali per lo sviluppo clinico-organizzativo delle Case della Salute, con particolare riferimento alle modalità di coordinamento e di integrazione tra servizi, professionisti e la comunità locale;

- sviluppo di strumenti di identificazione precoce della fragilità a supporto della presa in carico secondo il paradigma della medicina di iniziativa.

Ospedali di comunità

- percorso di definizione di strutture per le quali attività e casistica assistita, rendano opportuna l'identificazione in posti letto di Ospedale di Comunità da parte delle Aziende sanitarie, in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali;

Tempi di attesa

- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa attraverso il rafforzamento, a livello aziendale, delle azioni per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed evidenziare gli esiti, anche con ritorno ai prescrittori, con particolare riferimento alla diagnostica pesante prevedendo l'utilizzo in prescrizione dei quesiti diagnostici coerenti con le priorità di accesso
- presa in carico e sviluppo delle capacità produttive delle Case della Salute: le Aziende devono potenziare le prenotazioni dei controlli – ravvicinati o a distanza, senza limite temporale – da parte della struttura (UO/Amb) che ha in carico il cittadino. Per i pazienti più complessi si ribadisce l'importanza dello sviluppo dei percorsi di *Day Service* Ambulatoriale anche ai fini di trasferire in regime ambulatoriale le prestazioni ritenute inappropriate in regime di ricovero
- riutilizzo degli appuntamenti che sono stati disdetti in applicazione della DGR 377/2016
- divulgazione a livello locale del Piano di Comunicazione/Responsabilizzazione del cittadino in modo efficace affinché tutti gli attori del sistema (operatori CUP, prescrittori, erogatori e cittadini) siano responsabilizzati e conoscano esattamente le regole
- utilizzo di tutti gli strumenti informatici utili al corretto percorso prescrizione-prenotazione-refertazione (di cui alla DGR 901/2015)

Altri soggetti che concorrono all'azione

Medicina di gruppo

- Aziende USL, MMG (Medico di medicina generale) e PLS (Pediatra di libera scelta), Specialisti ambulatoriali, Medici di continuità assistenziale, Altre professioni sanitarie

Case della salute

- Aziende USL, MMG e PLS, Altre professioni sanitarie, Servizi Sociali dei Comuni, Associazioni di pazienti e volontariato, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Amministrazioni comunali

Continuità dell'assistenza

- Aziende USL, AOSP, MMG e PLS, Servizi Sociali dei Comuni, Associazioni di pazienti e volontariato, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Amministrazioni comunali, Scuole

Tempi di attesa

- Aziende USL, AOSP, MMG e PLS, Specialisti ambulatoriali, Conferenze territoriali, Parti sociali

Destinatari

Utenza assistita dal SSR

Eventuali impatti sugli Enti locali

Case della Salute

- programmazione partecipata delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie alla definizione della rete delle case della salute. Collaborazione dei Servizi sociali dei Comuni alla realizzazione di *setting* assistenziali per percorsi di cura. Coinvolgimento delle realtà locali di volontariato nella fase di informazione-orientamento ai servizi erogati nelle Case della Salute

Continuità dell'assistenza

- collaborazione delle amministrazioni comunali nella fase di riconversione di strutture ospedaliere in Ospedali Di Comunità

Tempi di attesa

- collaborazione con le Conferenze sociali territoriali e le parti sociali per la condivisione degli interventi e sul monitoraggio dei risultati attesi

Banche dati e/o link di interesse

Profili MMG - Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/prim/profili-nuclei-cure-primarie>

Profili PLS: Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/prim/profili-pediatri-libera-scelta>

Portale tempi di attesa: www.tdaer.it

Risultati attesi

2017

Medicina di gruppo

avvio del percorso di progressivo superamento delle forme associative della medicina generale e della pediatria di libera

monitoraggio sistematico dell'assetto organizzativo della medicina generale e della pediatria tramite l'utilizzo sistematico dell'Osservatorio Cure Primarie e dei Profili dei MMG e PLS

Casa della Salute

avvio dell'implementazione delle indicazioni regionali con particolare riferimento all'accesso e la presa in carico secondo il paradigma della medicina di iniziativa

realizzazione del sistema informativo per il monitoraggio delle Case della salute

Ospedale di Comunità

evidenza di una analisi nei territori dell'Emilia-Romagna delle strutture identificabili come Ospedali di Comunità

Intera legislatura

Medicina di gruppo

superamento delle forme associative della medicina generale e della pediatria di libera scelta

riorganizzazione dei NCP e attivazione di UCCP (Unità complesse delle cure primarie) in tutto il territorio regionale

definizione e applicazione di strumenti di valutazione della performance e di impatto

Casa della Salute

miglioramento del livello di collaborazione tra servizi, professionisti e comunità (nelle sue diverse forme) a supporto della presa in carico integrata e della continuità dell'assistenza ospedale-territorio,

raccolta di informazioni strutturate e tempestive sullo sviluppo delle Case della Salute

diffusione dei PDTA (Percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale) per le principali condizioni croniche in tutto il territorio regionale .

implementazione di modelli assistenziali innovativi di medicina di iniziativa per la presa in carico della fragilità, attraverso strumenti di identificazione precoce di fragilità;

Ospedali di Comunità

attivazione di ulteriori posti letto di Ospedali di Comunità nei diversi territori dell'Emilia-Romagna per il miglioramento dell'integrazione ospedale-territorio.

Tempi di attesa

A partire dal 2015 fino al 2019:

garanzia dei tempi di attesa standard per le prestazioni specialistiche (7 gg per le urgenze, 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni diagnostiche strumentali)

miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento alla diagnostica pesante, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

incremento delle prenotazioni dei controlli effettuate da parte della struttura (UO/Amb) che ha in carico il cittadino, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

2.3.16 Prevenzione e promozione della salute

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale-finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea. Con l'adozione del Piano della Prevenzione Regionale 2015-2018 (DGR 771/2015), la "Salute in tutte le politiche" continua ad essere il quadro di riferimento essenziale delle azioni di prevenzione e promozione della salute. I Piani della Prevenzione che si sono succeduti hanno infatti promosso interventi di contrasto dei fattori di rischio sempre più puntuali e più incentrati sullo sviluppo di reti

e alleanze e con il coinvolgimento di più settori della società, in un'ottica di integrazione, partecipazione ed equità.

Occorre proseguire in questo percorso già avviato di qualificazione del sistema di relazioni tra le attività di prevenzione e di promozione della salute condotte dalle Aziende Sanitarie, dai Comuni e, più in generale, da gruppi attivi nelle Comunità di riferimento.

In questa visione integrata, il ri-orientamento dei servizi sanitari appare strategico, per offrire programmi di prevenzione e modalità di presa in carico di patologie croniche, in particolare all'interno del modello delle Case della Salute, in stretta collaborazione con tutte le articolazioni coinvolte.

Su questi contenuti e modalità di lavoro occorre porre particolare attenzione nel promuovere lo sviluppo e la valorizzazione delle specifiche competenze negli operatori della sanità.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri Assessorati coinvolti

Presidenza

Agricoltura, caccia e pesca

Attività produttive, piano energetico, economia verde e ricostruzione post-sisma

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità.

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità

Difesa del suolo e della costa, protezione civile e politiche ambientali e della montagna

Politiche di welfare e politiche abitative

Trasporti, reti infrastrutture materiali e immateriali, programmazione territoriale e agenda digitale

Turismo e commercio

Strumenti e modalità di attuazione

Il PRP 2015-2018 delinea un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione che pongono le comunità e gli individui al centro degli interventi, e accompagnano la persona in ogni fase della vita, nei luoghi di vita e di lavoro, con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile. Il PRP ha come elemento portante i *setting* in cui i progetti troveranno la loro declinazione operativa: l'ambiente di lavoro, l'ambiente sanitario, la scuola e la comunità, quest'ultima declinata secondo tre direttrici: programmi di popolazione, interventi età-specifici e interventi per condizione.

Complessivamente sono stati predisposti 58 progetti, che rispondono in modo ampio ed integrato ai diversi obiettivi posti dal PNP e prevedono un coinvolgimento di gruppi di lavoro trasversali, composti da operatori dei diversi servizi regionali e delle Aziende Sanitarie.

I progetti sono stati classificati in: progetti a valenza essenzialmente regionale, progetti che richiedono un intervento attivo nella organizzazione e realizzazione la parte delle Aziende Sanitarie con un coordinamento regionale e progetti a valenza esclusivamente locale.

In questa cornice e in raccordo con la programmazione regionale, le Aziende sanitarie hanno approvato il Piano Locale di Attività (PLA) per il triennio 2016-18, nel quale vengono declinate azioni previste, cronogramma e monitoraggio di ciascun progetto, al fine di contribuire al raggiungimento dei risultati attesi nel PRP.

Altri soggetti che concorrono all'azione

Aziende Sanitarie, Enti locali, Enti e Associazioni del territorio, Scuole, Organizzazioni dei lavoratori e delle imprese, Organizzazioni del volontariato, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Destinatari

Aziende Sanitarie, Comunità, Popolazione

Eventuali impatti sugli Enti locali

L'impatto sugli Enti locali è rappresentato da costruzione di reti e alleanze e maggiori opportunità di integrazione e coesione sociale, con particolare riferimento allo sviluppo del capitale sociale

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Nella realizzazione dei progetti del Piano Regionale della Prevenzione è espressamente previsto un approccio sistematico al contrasto delle disuguaglianze, che si avvale di un'attività ormai consolidata nell'uso di strumenti *equity oriented*, implementati con le Aziende sanitarie locali.

In particolare, sono stati identificati tre determinanti di rischio prioritari in quanto più rilevanti e contrastabili (sedentarietà nelle donne adulte, obesità infantile e promozione di stili di vita salutari nei pazienti psichiatrici), sui quali agire con tecniche di *Health Equity Audit*.

Particolare attenzione all'equità è inoltre presente nei progetti esplicitamente dedicati a tipologie di popolazione con caratteristiche di vulnerabilità sociale e/o fragilità.

La formazione a livello locale degli operatori sanitari sullo strumento dell'EqIA (*Equality Impact Assessment*) è ritenuta essenziale per garantire la valutazione dei progetti inseriti nel Piano Regionale della Prevenzione nella prospettiva dell'equità.

Infine nel PRP sono compresi due progetti dedicati alla Educazione all'affettività e sessualità con cui si dà continuità alle iniziative da tempo attive in regione per favorire un dialogo su affettività, sessualità e relazioni di coppia, prevenire le interruzioni volontarie di gravidanza, promuovere un benessere relazionale e sessuale, prevenire la violenza di genere e domestica, prevenire l'infezione da HIV e altre malattie sessualmente trasmesse e per il contrasto agli stereotipi di genere.

Risultati attesi

2017

corrispondenza ai requisiti di valutazione indicati nell'accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 "Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018: documento per la valutazione": almeno il 70% degli indicatori sentinella di tutti i programmi deve presentare uno scostamento tra valore osservato e valore standard non superiore al 20%.

presidio e coordinamento delle attività condotte nel 2017 a livello aziendale per corrispondere ai requisiti di valutazione previsti a conclusione del Piano

Intera legislatura

2016-2018: annualmente viene misurato il livello di avanzamento dei programmi, attraverso il raggiungimento degli obiettivi previsti nel cronoprogramma, e rendicontato al Ministero della Salute ai fini della certificazione per gli adempimenti LEA

2.3.17 Riordino della rete ospedaliera

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

Nel corso dell'anno 2015 sono state date puntuali indicazioni relative al riordino ospedaliero recependo le indicazioni del Patto della salute ed il DM 70/2015.

La delibera di Giunta avente per titolo "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla L. 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015 individua puntuali aree di intervento", in particolare la riflessione sulla riorganizzazione della rete ospedaliera secondo modelli innovativi quali la rete *HUB and Spoke* è iniziata in Regione Emilia-Romagna alla fine degli anni 90.

Il PSR 1999-2001 individuava le reti di competenza e programmazione regionale i cui bacini di riferimento possono essere sovra-aziendali e le reti ospedaliere integrate che garantiscono l'autosufficienza.

In continuità con il piano sanitario 1999/2001 la DGR 2040/2015, alla luce delle reti contenute nel DM 70/2015 ha riconfermato il modello *HUB and SPOKE*.

Indicazioni DGR 2040/2015 Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015"

DGR 463/2016 riconversione *day hospital* oncologici

DGR 800/2015 avente per titolo Recepimento dell'atto di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia",

Le indicazioni della summenzionata delibera sono di seguito sinteticamente esposte:

1. ripuntualizzare le discipline H&S, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, prevedendo che per queste sia il livello regionale a definire i bacini; le UOC, gli assetti di rete e le relazioni, riavviando un lavoro di confronto specifico con le Aziende ed i professionisti e procedendo altresì ad un adeguamento/manutenzione delle reti esistenti;
2. portare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie tenuto conto del saldo di mobilità), mantenendo una visione di carattere regionale; riducendo i posti letto pubblici e privati accreditati;
3. migliorare il livello di efficienza complessiva delle attività ospedaliere;
4. ricondurre, quando appropriato, le attività erogate in *day hospital*, *day surgery* e ordinari programmato 0-1 giorno al regime ambulatoriale con particolare riferimento al *day hospital* oncologico;
5. rafforzare l'introduzione di modelli innovativi, anche completando il percorso di realizzazione degli ospedali di comunità;
6. completare la definizione dei bacini di utenza e concentrazione delle UOC;
7. attuare una riorganizzazione che tenga conto dei volumi e degli esiti per le principali patologie in cui è comprovato che all'aumentare dei volumi le complicanze si riducono
8. ridefinire le reti cliniche attraverso l'individuazione di gruppi multidisciplinari e multiprofessionali, con mandati specifici e diversificati per le singole discipline/aree di attività.
9. completare la riorganizzazione dei laboratori e delle officine trasfusionali
10. predisporre il dipartimento regionale dei trapianti organi solidi
11. dare seguito alla DGR 800/2015 concentrando l'attività per k primario della mammella in sedi che superino almeno i 150 interventi
12. revisione dei punti nascita

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

Relazioni sanitarie ed indicatori di processo ed *outcome*

Altri soggetti che concorrono all'azione

Aziende sanitarie, Università, CTSS, Organizzazioni Sindacali, Rappresentati per la sanità privata, Rappresentanti/associazioni degli utenti/pazienti, Commissioni ed Associazioni professionali, Istituto Oncologico Romagnolo

Destinatari

Aziende sanitarie, Università, CTSS, Organizzazioni Sindacali, Rappresentati per la sanità privata, Rappresentanti /associazioni degli utenti/pazienti, Commissioni ed Associazioni professionali, Istituto Oncologico Romagnolo

Eventuali impatti sugli enti locali

Puntuale integrazione tra CTSS e pianificazione sanitaria regionale

Banche dati e/o link di interesse

Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali (SISEPS):

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/reporter/reporter-stats>

Pubmed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Risultati attesi

2017

ripuntualizzare le discipline H&S, come evoluzione di quelle già individuate dalla programmazione regionale, in conformità alle indicazioni della 2040/2015 individuando gruppi multidisciplinari e multiprofessionali, con mandati specifici e diversificati per le singole discipline/aree di attività

portare la dotazione dei posti letto pubblici e privati accreditati regionali all'obiettivo indicato dal DM 70/2015 (3,7 posti letto per 1000 abitanti, comprensivi di 0,7 per la riabilitazione e la

lungodegenza post-acuzie tenuto conto del saldo di mobilità), facendo riferimento per i singoli territori alle indicazioni della tabella 2.4 della DRG 2040/2015 migliorando il tasso di occupazione e l'efficienza complessiva

- ricondurre, quando appropriato, le attività erogate in *day hospital*, con particolare riferimento al *day hospital* oncologico in conformità a quanto contenuto nella DRG 463/2016
- completare la definizione dei bacini di utenza e concentrazione delle UOC per le sole discipline che non rispondono al DM 70/2015
- attuare una riorganizzazione che tenga conto dei volumi e degli esiti per le principali patologie in cui è comprovato che all'aumentare dei volumi le complicanze si riducono con particolare riferimento alle patologie neoplastiche
- completare la riorganizzazione dei laboratori e delle officine trasfusionali
- predisporre il dipartimento regionale dei trapianti organi solidi attraverso una delibera entro il 2016
- dare seguito alla delibera concentrare l'attività di chirurgia oncologica della mammella (almeno 150 casi anno)
- revisione dei punti nascita

Intera legislatura

- assetto di rete coerente ed in linea con le indicazioni nazionali

2.3.18 Sperimentazione nuovi modelli di collaborazione con i fondi integrativi

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

Sperimentazione dei nuovi modelli di collaborazione con i gestori dei fondi integrativi nel rispetto della centralità delle Aziende Sanitarie e l'approccio universalistico. Favorire soluzioni in grado di valorizzare le complementarità tra le prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Regionale e quelle offerte dai fondi stessi con particolare riferimento a quelle correlate all'assistenza ai cittadini non autosufficienti.

Nell'anno 2016 sono stati realizzati diversi incontri utili a definire la cornice di riferimento entro cui discutere le caratteristiche del fondo regionale per la sanità integrativa per l'erogazione di prestazioni extra LEA. I due ambiti oggetto di attenzione sono l'assistenza socio-sanitaria rivolta ad anziani non autosufficienti e l'assistenza odontoiatrica. Agli incontri hanno partecipato: Servizio Assistenza Territoriale e Servizio Amministrazione del Servizio Sanitario Regionale, Sociale e Socio-Sanitario per Direzione Generale Cura della Persona, Salute e *Welfare*; le rappresentanze sindacali; e altri *Stakeholder*

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri assessorati coinvolti

Presidenza

Bilancio, Riordino Istituzionale, Risorse Umane e Pari Opportunità

Coordinamento delle Politiche Europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Politiche di welfare e politiche abitative

Strumenti e modalità di attuazione

- definizione e realizzazione di progetti pilota
- monitoraggio della fattibilità e sostenibilità

Altri soggetti che concorrono all'azione

Aziende Sanitarie, Sindacati, Firmatari del Patto del Lavoro

Destinatari

Cittadini emiliano romagnoli

Banche dati e/o link di interesse

Anagrafe fondi integrativi Ministero Salute :

http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_8_0.jsp?label=servizionline&idMat=FS&idAmb=AFSI&idSrv=01&flag=P

Risultati attesi

2017

completamento della definizione delle caratteristiche del fondo o dei fondi e avvio della sperimentazione (progetti pilota) in territori selezionati

Intera legislatura

valutazione della fattibilità e sostenibilità di un fondo regionale integrativo per l'erogazione di prestazioni extra LEA

2.3.19 Valorizzazione del capitale umano e professionale

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei Lea

In analogia al 2016 anche per il 2017 occorre proseguire nel percorso intrapreso di forte di integrazione funzionale-organizzativo tra Ricerca e Formazione; le richiamate funzioni devono infatti trovare nelle aziende collocazioni organizzative che consentano il miglior effetto sinergico fra chi si occupa di sviluppo della conoscenza (Ricerca) e chi si occupa di trasferimento della conoscenza (Formazione). Il fine è quello di offrire alle comunità professionali percorsi aziendali in grado di soddisfare i bisogni di sviluppo delle competenze in modo compatibile ai contesti e agli obiettivi di lavoro. A tal fine, anche in coerenza con quanto stabilito dall'art 22 del patto per la Salute, risulta cruciale il contributo delle Università, agenzie della conoscenza che devono trovare nuove forme di collaborazione con le Aziende, al fine di realizzare una più diffusa integrazione tra funzioni assistenziali e funzioni di ricerca e di alta formazione - pre e post laurea - sull'intera rete assistenziale per tutte le professioni sanitarie.

Risultati attesi sono, in particolare, lo sviluppo di una ricerca che risponda ai bisogni dell'assistenza e una migliore adeguatezza dei profili di competenza, sui quali si sviluppano i percorsi di laurea delle professioni mediche e sanitarie, ai bisogni di professionalità che i nuovi assetti organizzativi e le aspettative dei cittadini richiedono. Si auspica pertanto che la collaborazione fra gli Atenei e il SSR nel nuovo protocollo d'intesa Regione /Università, in corso di predisposizione, orienti la propria attività verso:

le forme d'integrazione fra assistenza e ricerca.

riorientamento dei curricula formativi delle professioni sanitarie e mediche, nell'ambito della formazione di base e specialistica, per meglio adeguarli alle competenze richieste dai nuovi bisogni di salute e dai modelli di organizzazione del SSR

la condivisione degli indirizzi della ricerca

la condivisione degli strumenti e dei metodi finalizzati alla previsione dei fabbisogni professionali

la coproduzione di percorsi formativi Università/SSR finalizzati ai bisogni di competenze con particolare riguardo alla gestione manageriale e alle possibili innovazioni organizzative (es. Case della Salute, organizzazione per intensità di cura, ecc.)

definizione di una strategia di integrazione degli obiettivi del SSR e delle Università della Regione relativamente ai dipartimenti universitari di rilevante interesse per il SSR.

studio e analisi per implementare una piattaforma di collaborazione tra gli Stati Europei che consenta, sfruttando il valore aggiunto della cooperazione, di affrontare al meglio, prospettando possibili soluzioni, la carenza di professionisti sanitari in Europa.

Per quanto attiene alla valorizzazione del merito, si ritiene opportuno fare riferimento ai documenti prodotti dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) regionale in particolare, per quanto riguarda il tema della valorizzazione del capitale umano e professionale, il maggior punto d'attenzione risulta essere la valutazione della performance organizzativa e individuale, come da delibera n. 3 dell'OIV-SSR. In coerenza con quanto stabilito dalla sopracitata delibera n.3 dell'OIV-SSR le aziende dovranno consolidare le politiche di valutazione del merito allo sviluppo

professionale e alla valutazione delle competenze; nonché orientare i sistemi premianti e le possibili progressioni di carriera, in coerenza e nei limiti dei vigenti CCNL, alla valutazione della performance individuale e di gruppo.

Altre azioni utili possono essere considerate tutte quelle finalizzate a dare valore alle competenze distintive dei professionisti sia cercando di dare maggior sviluppo ai percorsi di carriera *professional*, sia riconoscendo al professionista la capacità di trasmettere e condividere la propria competenza distintiva.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri Assessorati coinvolti

Coordinamento delle politiche europee allo sviluppo, scuola, formazione professionale, università, ricerca e lavoro

Strumenti e modalità di attuazione

implementazione di sistemi di valutazione e valorizzazione individuali delle competenze dei professionisti nel rispetto delle indicazioni dell'OIV

costruzione di un elenco regionale dei professionisti in grado di trasferire le loro competenze distintive attraverso attività formative. Orientare i piani formativi aziendali al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti ai processi di innovazione del SSR.

Sviluppare metodologie di formazione efficace e sistemi di valutazione sulla ricaduta degli investimenti formativi

sviluppo dei sistemi per la costruzione di scenari predittivi del fabbisogno di professioni coerenti agli attuali indirizzi della *Joint Action* promossa dalla Comunità Europea.

Sviluppo di sperimentazioni didattiche finalizzate all'innovazione dei curricula formativi delle professioni mediche e sanitarie

costruzione degli strumenti e definizione delle metodologie per il supporto ai processi valutativi. Definizione del repertorio delle competenze trasversali di interesse del SSR.

Orientamento dei sistemi premianti (economici e non economici) e definizione dei profili di sviluppo individuali, agli esiti della valutazione

Altri soggetti che concorrono all'azione

Strutture formative delle Aziende Sanitarie, Sistema Universitario della Regione Emilia Romagna e Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e Sistema Universitario Regionale. Sistema Sanitario Regionale, Organismo Indipendente di Valutazione regionale e Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie

Risultati attesi

2017

reportistica regionale descrittiva degli scenari di fabbisogno per le specialità mediche e la professione infermieristica

completamento dei progetti di integrazione - attività e funzioni - tra le Aziende finalizzati a condividere le migliori *best practice* e professionalità, razionalizzare le risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto al fine di realizzare economie di processo e di scala, dando evidenza dello stato dell'arte, dei risultati raggiunti in termini di economie di sistema, di performance, di coordinamento e controllo dei processi produttivi, di riduzione dei costi

attivazione di percorsi formativi universitari finalizzati alla costruzione della nuova dirigenza medica e delle professioni sanitarie

sperimentazioni locali ed estensione del processo valutativo della performance individuale e organizzativa in tutte le Aziende Sanitarie

sviluppo di modalità organizzative finalizzate alla connessione formazione – ricerca

applicazione del nuovo protocollo d'intesa Regione-Università

Intera legislatura

verifica e valutazione della qualità della formazione prodotta nelle Aziende Sanitarie della RER da parte di team di valutatori regionali

2.3.20 Gestione del patrimonio e delle attrezzature

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale - investimenti sanitari

Perseguimento dell'obiettivo di razionalizzare la gestione del patrimonio edilizio, delle attrezzature e delle tecnologie da parte della Aziende Sanitarie in coerenza con il riordino delle strutture ospedaliere ed anche in base all'assunto del superamento a livello di territorio provinciale della completa autosufficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Gli investimenti strutturali ed impiantistici nelle strutture aziendali dovranno essere coerenti con le politiche regionali di sostenibilità ambientale e di *green economy*.

Il patrimonio delle Aziende non avente più destinazione sanitaria e quindi potenzialmente alienabile dovrà essere valorizzato con il fine di contribuire alla copertura finanziaria dei nuovi investimenti in strutture ed impianti.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

forti azioni di indirizzo, monitoraggio e valutazione rispetto la programmazione degli investimenti strutturali e tecnologici delle Aziende Sanitarie

monitoraggio, valutazione e verifica del piano degli investimenti triennale di ciascuna Azienda sanitaria esaminato fase di preventivo e di consuntivo di bilancio

definizione ed attuazione degli strumenti tecnico amministrativi più efficaci per la valorizzazione del patrimonio alienabile

Altri soggetti che concorrono all'azione

Aziende Sanitarie, Comuni ove insistono gli immobili alienabili e Università (nel caso di Aziende Ospedaliero-Universitarie)

Destinatari

Servizio Sanitario Regionale

Eventuali impatti sugli Enti locali

Possibile necessità di Protocolli di intesa, Accordi di Programma, Programmi speciali di area

Risultati attesi

2017

progettazione ed avvio della realizzazione degli interventi strutturali ed impiantistici e dei piani di fornitura di tecnologie biomediche ed informatiche finanziati con fondi di cui all'art. 20 L.67/88 (accordo di Programma Addendum)

prosecuzione e completamento del monitoraggio sull'utilizzo quali quantitativo delle tecnologie biomediche

avvio del Fondo Immobiliare per la gestione e la valorizzazione del patrimonio alienabile delle Aziende Sanitarie

in esito a specifici studi di fattibilità possibile costituzione di uno o più Fondi Immobiliari per la realizzazione/ristrutturazione di strutture ospedaliere e di infrastrutture per la logistica

Intera legislatura

completamento di almeno il 60% degli interventi strutturali ed impiantistici e dei piani di fornitura di tecnologie biomediche ed informatiche finanziati con fondi statali e regionali nel biennio 2015-2016

messa a regime, nel più complessivo ambito della gestione informatizzata unitaria dell'area amministrativo contabile delle aziende sanitarie, di un applicativo su piattaforma software per la gestione dei piani investimenti nella logica di ottimizzare la programmazione e la realizzazione degli interventi

gestione del Fondo Immobiliare costituito dagli immobili alienabili delle Aziende Sanitarie per investimenti in conto capitale

2.3.21 Piattaforme logistiche ed informatiche più forti

Missione: Tutela della salute

Programma: Servizio Sanitario Regionale – Investimenti Sanitari

Piattaforme logistiche

Progressiva razionalizzazione della gestione dei beni da parte delle Aziende Sanitarie anche con l'efficientamento su base sovra aziendale delle piattaforme logistiche intese come magazzini per lo stoccaggio e lo smistamento dei beni farmaceutici, dei dispositivi medici, dei beni economici e come laboratori analisi ed officine trasfusionali.

Accanto all'ottimizzazione della gestione delle piattaforme logistiche, gli obiettivi di razionalizzazione dell'acquisizione di beni vanno perseguiti attraverso una forte e sistematica collaborazione con l'Agenzia Intercent-ER, designata, con il supporto delle Aree Vaste, soggetto aggregatore regionale.

Piattaforme informatiche

L'*Information Communication Technology* (ICT) si configura sempre di più come uno strumento necessario e strategico per l'innovazione del Servizio Sanitario Regionale sia in un ambito organizzativo-procedurale sia nei processi volti a garantire la qualità e la sicurezza delle cure.

Coerentemente con questa *vision* si dovranno proseguire l'implementazione di piattaforme informatiche e sistemi interoperabili con il fine di:

supportare la semplificazione ed il miglioramento dell'accessibilità offrendo ai cittadini servizi online interattivi uniformi a livello regionale;

assicurare il governo clinico e il rispetto delle politiche del SSN mantenendo il punto ottimale di equilibrio tra qualità dell'assistenza e sostenibilità del sistema;

supportare le aziende nella gestione del rischio per garantire la massima sicurezza dei processi assistenziali migliorandone la qualità;

supportare il cambiamento delle organizzazioni sanitarie facilitando i processi di concentrazione, fusione e integrazione delle attività delle aziende.

Gli obiettivi relativi all'ICT saranno perseguiti dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, con il supporto della Società *in House* CUP 2000.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri soggetti che concorrono all'azione

Aziende sanitarie, Agenzia Intercent-ER, Società CUP 2000

Destinatari

Servizio Sanitario regionale

Risultati attesi

2017

Piattaforme logistiche

Predisposizione di *reports* a seguito delle azioni di confronto sistematico (*benchmarking*) delle procedure per l'acquisizione di beni e servizi e per la gestione delle piattaforme. Predisposizione di indicazioni operative per l'ottimizzazione della gestione delle piattaforme logistiche

Piattaforme informatiche

Proseguimento delle azioni facilitanti la massima diffusione del Fascicolo Sanitario (FSE);

Completamento dell'installazione nuovo applicativo Scheda Sanitaria Individuale (SSI) presso i Medici di Medicina Generale;

Messa in produzione presso le aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro (AVEC) e dell'AUSL Romagna del nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane);

Progettazione del software unico per la gestione dell'area amministrativa contabile (GAAC).

Intera legislatura

Piattaforme logistiche

In seguito alle azioni di monitoraggio e stante l'esito positivo si studi di fattibilità miglioramento dell'efficienza delle piattaforme logistiche ed eventuale implementazione delle stesse

Piattaforme informatiche

I risultati attesi per l'intera legislatura, stante il rapidissimo sviluppo delle tecnologie informatiche e dei sistemi informativi, sono lo sviluppo e il *deployment* dei progetti ICT coerentemente con i bisogni di contesto perseguendo al contempo gli obiettivi di:

- semplificare e migliorare l'accessibilità dei cittadini ai servizi sanitari
- garantire la sicurezza delle cure
- rendere più efficiente la gestione tecnico amministrativa del Servizio sanitario regionale

2.3.22 Applicazione dei principi dell'armonizzazione contabile in ambito sanitario

Missione: Tutela della salute

Programma: -

Proseguimento e verifica della corretta ed uniforme applicazione dei principi contabili per il settore sanitario, approvati dal D.Lgs 118/2011 e s.m.i. (Titolo II) con attuazione a partire dal 2012.

Ottimizzazione dei livelli di omogeneità, confrontabilità e aggregazione dei bilanci delle Aziende Sanitarie e della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), anche in funzione della predisposizione del Bilancio Consolidato regionale, delle riconciliazioni/raccordi tra la contabilità economico-patrimoniale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, della GSA e della contabilità finanziaria della Regione. Applicazione della Casistica applicativa del D.Lgs 118/2011 emanata e di prossima emanazione da parte del livello ministeriale.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri assessorati coinvolti

Bilancio, riordino istituzionale, risorse umane e pari opportunità

Risultati attesi

2017

- garantire l'emanazione da parte del Servizio Amministrazione del Servizio sanitario, sociale e sociosanitario di circolari e indicazioni operative tecnico-contabili alle Aziende Sanitarie; allineare i saldi creditori/debitori mediante circolarizzazione dei crediti/debiti tra Aziende Sanitarie e Aziende Sanitarie e GSA
- sviluppo della Piattaforma web degli scambi tra Aziende Sanitarie e tra Aziende Sanitarie e GSA, quale strumento di circolarizzazione non solo dei crediti e debiti infragruppo ma anche con riferimento al trasferimento di FSR indistinto e vincolato, dei mezzi regionali e di altri contributi, in sessioni infrannuali oltre che in sede di Preventivo e Consuntivo
- assicurare la redazione del Bilancio Consolidato che rappresenti in maniera veritiera e corretta la situazione patrimoniale, finanziaria ed economica del SSR
- proseguimento della verifica della corretta applicazione dei principi contabili inerenti il settore sanitario individuati al Titolo II del D. Lgs 118/2011, tenuto conto che si tratta di un percorso iniziato nel 2011, e ancora in itinere non solo per la sua complessità ma anche per la mancata emanazione da parte del livello centrale di apposita casistica applicativa nonché delle specifiche linee guida in materia di consolidamento del servizio sanitario

Intera legislatura

- corretta applicazione, all'ambito sanitario, del Titolo II del D.Lgs 118/11 e s.m.i

2.3.23 Individuazione di nuovi ambiti territoriali ottimali per il governo e la gestione dei servizi sanitari

Missione: Tutela della salute

Programma: -

L'obiettivo strategico riguarda l'individuazione di nuovi ambiti territoriali "ottimali" per le Aziende Sanitarie che tengano conto sia della nuova configurazione dei servizi sanitari e sociali -territoriali ed ospedalieri- sia del nuovo contesto istituzionale derivante dalla abolizione delle Province e dalla costituzione della Città Metropolitana, che porterà alla costituzione di aree vaste sul territorio regionale.

Tali fattori concorrono a far prevedere un aumento delle dimensioni ottimali delle Aziende Sanitarie e, di conseguenza, una diminuzione del loro numero, sviluppando ulteriormente le esperienze maturate con la costituzione della Azienda Sanitaria di Bologna prima e, più recentemente, di quella della Romagna.

In coerenza con le politiche istituzionale sul riordino territoriale, adeguare pertanto i confini e le dimensioni delle Aziende Sanitarie Usl e delle loro articolazioni distrettuali, facendo definitivamente coincidere queste ultime con le Unioni dei Comuni o con gli ambiti ottimali individuati per l'aggregazione delle funzioni comunali, ed armonizzando le loro forme di rappresentanza istituzionale (Comitato di Distretto - Giunte delle Unioni). Al contempo, si rende necessario rimodulare i confini, le funzioni ed i meccanismi di funzionamento delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie per garantirne operatività coerente con i nuovi assetti istituzionali e dei servizi sanitari.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Altri Assessorati coinvolti

Bilancio, riordino istituzionale, Risorse umane e pari opportunità

Strumenti e modalità di attuazione

Nuova legislazione regionale, accompagnata da disposizioni attuative regionali, ispirate a principi di completamento delle politiche già perseguite, semplificazione, integrazione tra i diversi settori di intervento della regione

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali e loro forme di rappresentanza. Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Destinatari

Aziende Sanitarie

Eventuali impatti sugli Enti locali

Contestualmente al riassetto istituzionale ed in coerenza con le nuove politiche territoriali, devono essere prontamente adeguati i rapporti tra la Regione e le rappresentanze locali, provvedendo all'innovazione o alla sostituzione della Cabina di regia regionale e garantendo un sistema di relazioni basato sul disegno scaturente dal riassetto istituzionale

Risultati attesi

2017

predisposizione del provvedimento normativo per la costituzione di un'azienda sanitaria unica di Reggio-Emilia, sulla base del percorso metodologico avviato nel corso del 2016 sia a livello aziendale (gruppo di pilotaggio con il compito di indirizzare e governare il processo di concreta attivazione di un nuovo sistema organizzativo) sia a livello regionale (istituzione di un Gruppo tecnico per la definizione degli aspetti giuridici, amministrativi e gestionali, propedeutici all'integrazione dell'azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera di Reggio-Emilia)

Intera legislatura

completamento dell'adeguamento istituzionale

2.3.24 Nuova struttura di governance e nuovi modelli organizzativi delle Aziende Sanitarie

Missione: Tutela della salute

Programma: -

La struttura di *governance* delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) del territorio regionale deve essere adeguata agli obiettivi del Programma della X Legislatura regionale, ed articolarsi sulle nomine dei Direttori Generali, sull'individuazione di nuovi obiettivi di mandato e sulla definizione di nuovi modelli organizzativi delle Aziende Sanitarie.

Le nuove politiche di *governance* del Servizio Sanitario Regionale dovranno poggiare su una programmazione strategica valevole per l'intero arco temporale del mandato dei Direttori generali delle Aziende, che sappia individuare le esigenze generali e specifiche di innovazione del Servizio sanitario pubblico e che consenta un operato coerente con le linee di indirizzo della Regione. Al

contempo, si impone la definizione di nuovi modelli organizzativi delle Aziende Sanitarie, con particolare riferimento all'innovazione nei loro ordinamenti di governo, con l'obiettivo di valorizzare il contributo delle competenze professionali nel mutato contesto organizzativo interno e di relazioni con le altre aziende; contestualmente, saranno poste in essere nuove forme di relazione con il Governo regionale, che dovrà a sua volta riconfigurarsi in ragione delle innovazioni impresse al Servizio, per garantirne efficacemente indirizzo e controllo.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Strumenti e modalità di attuazione

- nuovi provvedimenti di nomina dei Direttori generali e stesura degli obiettivi di mandato
- specificazione degli obiettivi di mandato nella programmazione annuale
- individuazione del nuovo schema di contratto con i Direttori Generali delle Aziende
- individuazione degli obiettivi connessi al rapporto contrattuale dei Direttori generali delle Aziende
- adozione di meccanismi di verifica e concertazione sugli obiettivi conferiti
- proposte per l'adeguamento dei modelli organizzativi aziendali e per un nuovo sistema di relazioni tra le Aziende ed il Governo regionale

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti locali, Università, Direzioni generali delle Aziende Sanitarie, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Destinatari

Aziende Sanitarie

Risultati attesi

2017

- valutazione di fattibilità in merito all'individuazione di forme di gestione unificata a livello regionale di alcuni servizi tecnico-amministrativi di supporto alle aziende sanitarie
- monitoraggio regionale del progetto di gestione sperimentale unica e integrata dello stabilimento ospedaliero Nocsae dell'AUSL di Modena da parte dell'AOU di Modena (progetto di sperimentazione gestionale autorizzato dalla Giunta regionale ai sensi dell'art. 7 della LR 29/04 e s.m.i.)
- migliore allocazione delle risorse in ambito aziendale: per quanto riguarda la spesa procapite, le Aziende storicamente sopra alla spesa media regionale, dovranno avvicinarsi al dato medio, sui tre macro-livelli di assistenza (fonte: rilevazione costi pro-capite)

Intera legislatura

- consolidamento dell'architettura di *governance*
- migliore allocazione delle risorse in ambito aziendale: per quanto riguarda la spesa procapite, le Aziende storicamente sopra alla spesa media regionale, dovranno avvicinarsi al dato medio, sui tre macro-livelli di assistenza (fonte: rilevazione costi pro-capite)

Normativa

Provvedimenti di fonte statale

- Legge 13 luglio 2015, n. 107 "Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti."*
- Legge 8 novembre 2012, n. 189 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute."*
- Legge 4 agosto 2006, n. 248 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale"*
- Legge 5 giugno 2003, n. 131 "Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3"*

- [Legge 12 marzo 1999, n. 68](#) "*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*"
- [Decreto Legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito nella legge n. 119/2013](#) "Il Piano d'azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere è stato adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 7 luglio 2015 e registrato dalla Corte dei Conti il 25 agosto 2015."
- [Decreto Legislativo 10 agosto 2014, n. 126](#) "*Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*"
- [Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118](#) "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*"
- [Decreto Legislativo 9 ottobre 2002, n. 231](#) "*Attuazione della direttiva 2000/35/CE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali*"
- [Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 luglio 2014](#) "*Ripartizione delle risorse relative al «Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità» 2013-2014 di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto-legge n. 93 del 2013*"
- [Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70](#) "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

Provvedimenti di fonte regionale

- [Legge Regionale 30 luglio 2015, n. 14](#) "*Disciplina a sostegno dell'inserimento lavorativo e l'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità, attraverso l'integrazione tra servizi pubblici del lavoro, sociali e sanitari*"
- [Legge Regionale 30 luglio 2015, n. 13](#) "*Riforma del sistema di governo regionale e locale e disposizioni su città metropolitana di Bologna, Province, Comuni e loro unioni*"
- [Legge Regionale 16 luglio 2015, n. 11](#) "*Norme per l'integrazione di rom e sinti*"
- [Legge Regionale 17 luglio 2014, n. 12](#) "*Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale*"
- [Legge Regionale 30 giugno 2014, n. 8](#) "*Legge di semplificazione della disciplina regionale in materia di volontariato, associazionismo di promozione sociale, servizio civile. istituzione della giornata della cittadinanza solidale*"
- [Legge Regionale 27 giugno 2014, n. 6](#) "*Legge quadro per la parità e contro le discriminazioni di genere*"
- [Legge Regionale 28 marzo 2014, n. 2](#) "*Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza)*"
- [Legge Regionale 26 luglio 2013, n. 12](#) "*Disposizioni ordinamentali e di riordino delle forme pubbliche di gestione nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari. Misure di sviluppo e norme di interpretazione autentica in materia di aziende pubbliche di servizi alla persona*"
- [Legge Regionale 28 luglio 2008, n. 14](#) "*Norme in materia di politiche per le giovani generazioni*"
- [Legge Regionale 10 luglio 2006, n. 9](#) "*Norme per la conservazione e valorizzazione della geodiversità dell'Emilia-Romagna e delle attività ad essa collegate*"
- [Legge Regionale 21 febbraio 2005, n. 12](#) "*Norme per la valorizzazione delle organizzazioni di volontariato. Abrogazione della L.R. 2 settembre 1996, n. 37 (Nuove norme regionali di attuazione della legge 11 agosto 1991, n. 266 Legge quadro sul volontariato. Abrogazione della L.R. 31 maggio 1993, n. 26)*"
- [Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29](#) "*Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale*"
- [Legge Regionale 24 marzo 2004, n. 6](#) "*Riforma del sistema amministrativo regionale e locale, Unione Europea e relazioni internazionali: innovazione e semplificazione. Rapporti con l'Università*"

- *Legge Regionale 24 marzo 2004, n. 5 “Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati. modifiche alle leggi regionali 21 febbraio 1990, n. 14 e 12 marzo 2003, n. 2”*
- *Legge Regionale 20 ottobre 2003, n. 20 “Nuove norme per la valorizzazione del servizio civile. Istituzione del servizio civile regionale”*
- *Legge Regionale 12 marzo 2003, n. 2 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*
- *Legge Regionale 9 dicembre 2002, n. 34 “Norme per la valorizzazione delle associazioni di promozione sociale”*
- *Legge Regionale 24 giugno 2002, n. 12 “Interventi regionali per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e i Paesi in via di transizione, la solidarietà internazionale e la promozione di una cultura di pace”*
- *Legge Regionale 10 gennaio 2000, n. 1 “Norme in materia di servizi educativi per la prima infanzia”*
- *Delibera Assemblea Legislativa 4 maggio 2016, n. 69 “Piano regionale contro la violenza di genere ai sensi dell'art. 17 della legge regionale 27 giugno 2014, n. 6”*
- *Delibera dell'Assemblea Legislativa 18 giugno 2013, n. 117 “Indicazioni attuative del Piano sociale e sanitario regionale per il biennio 2013/2014. Programma annuale 2013: obiettivi e criteri generali di ripartizione del Fondo Sociale ai sensi dell'art. 47, comma 3 della legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali). (Proposta della Giunta regionale in data 18 marzo 2013, n. 284)*
- *Delibera dell'Assemblea Legislativa 22 maggio 2008, n. 175 “Piano sociale e sanitario 2008-2010”*
- *Delibera di Giunta Regionale 4 aprile 2016, n. 463 “Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici in Regione Emilia-Romagna.”*
- *Delibera di Giunta Regionale 22 marzo 2016, n. 377 “Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016”*
- *Delibera di Giunta Regionale 10 dicembre 2015, n. 2040 “Riorganizzazione dalla rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal patto per la salute 2014/2016 e dal dm salute 70/2015.”*
- *Delibera di Giunta Regionale 3 luglio 2015, n. 901 “linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2015”*
- *Delibera di Giunta Regionale 1 luglio 2015, n. 800 “Recepimento dell'atto di intesa fra Governo, le Regioni e le province autonome di Tn e Bz sul documento recante “Linee di indirizzo sulle modalità organizzative e assistenziali della rete dei centri di senologia”*
- *Delibera di Giunta Regionale 29 giugno 2015, n. 771 “Approvazione del piano regionale della prevenzione 2015-2018”.*
- (Delibera di Giunta non pubblicata sul B.U.R)**
- *Delibera di Giunta Regionale 27 aprile 2015, n. 459 “Istituzione Area di integrazione del punto di vista di genere e valutazione del suo impatto sulle politiche regionali ai sensi dell'art. 39 LR 6/14”*
- (Delibera di Giunta non pubblicata sul B.U.R)**
- *Delibera di Giunta Regionale 15 aprile 2015, n. 391 “Approvazione linee guida regionali per i centri per le famiglie”*
- *Delibera di Giunta Regionale 23 febbraio 2015, n. 150 “Adeguamento della deliberazione della Giunta regionale n. 865 del 24 giugno 2013 di approvazione del Percorso Attuativo della Certificabilità”*
- (Delibera di Giunta non pubblicata sul B.U.R)**

□□ **Delibera di Giunta Regionale 27 ottobre 2014, n. 1708** “Assegnazione e concessione finanziamenti ai Comuni sedi di centri antiviolenza e di case rifugio, del fondo statale per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità”

□□ **Delibera di Giunta Regionale 7 luglio 2014, n. 1012** “Approvazione delle linee guida regionali per il riordino del servizio sociale territoriale”

□□ **Delibera di Giunta Regionale 12 maggio 2014, n. 629** “Approvazione del piano interno integrato delle azioni regionali in materia di pari opportunità di genere 2014/2016”

□□ **Delibera di Giunta Regionale 18 novembre 2013, n. 1677** “Adozione linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso e allegati”

2.5.2 Area prevenzione della criminalità organizzata e promozione della legalità (LR 3/2011)

Missione: Ordine pubblico e sicurezza

Programma: Sistema integrato di sicurezza urbana

Diffusione di interventi preventivi e culturali nelle città e nelle scuole, anche con il coinvolgimento delle associazioni ed organizzazioni di volontariato operanti sul territorio a favore della prevenzione del crimine organizzato e mafioso, nonché per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile. Inoltre l'azione della Regione mira alla promozione del riutilizzo, in funzione sociale, dei beni immobili confiscati alla criminalità organizzata e mafiosa.

Assessorato di riferimento

Cultura, Politiche giovanili e Politiche per la legalità

Altri assessorati coinvolti

Giunta regionale per specifiche competenze

Strumenti e modalità di attuazione

□□ rafforzamento dei legami con gli Enti Locali, privilegiando strumenti di lavoro bilaterali, come accordi di programma e protocolli di intesa, per la prevenzione della criminalità organizzata, la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile, in particolare fra i giovani

□□ rafforzamento delle strutture di aggregazione per la conoscenza dei fenomeni: Case della legalità e Centri di documentazione

Altri soggetti che concorrono all'azione

Enti Locali, Università, Centri di ricerca, Associazioni e Organizzazioni di volontariato che operano nel settore della promozione della legalità e della prevenzione del crimine organizzato e mafioso

Destinatari

Enti pubblici, statali e locali, Soggetti espressione della comunità regionale

Eventuali impatti sugli enti locali

Rafforzamento della prevenzione primaria e secondaria in relazione ad aree o nei confronti di categorie o gruppi sociali soggetti a rischio di infiltrazione o radicamento di attività criminose di tipo organizzato e mafioso

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Nel recupero e gestione a fini sociali e istituzionali di beni immobili confiscati alla criminalità organizzata vengono favoriti interventi volti al riutilizzo di tali beni come centri di accoglienza o rifugio per donne vittime di violenza e per i minori o per categorie sociali particolarmente fragili dal punto di vista socio-economico (ad esempio rifugiati) in situazioni connesse all'emergenza abitativa.

Banche dati e/o link di interesse

Criminalità organizzata: <http://autonomie.regione.emilia-romagna.it/criminalita-organizzata>

Criminalità e sicurezza: <http://www.assemblea.emr.it/biblioteca/criminalita/criminalita>

Mappatura dei beni immobili confiscati alla criminalità organizzata sul territorio della Regione

Emilia-Romagna: <http://www.mappalaconfisca.com/>

Risultati attesi

2017

- mappatura dei beni immobili definitivamente confiscati alla criminalità organizzata in Emilia-Romagna e definizione di nuovi accordi di programma e protocolli di intesa con gli Enti locali per il recupero e la gestione a fini sociali e istituzionali di tali beni
- definizione di nuovi accordi di programma e protocolli di intesa con gli Enti Locali, Università e centri di ricerca per il sostegno di osservatori locali, anche intercomunali, per il monitoraggio e l'analisi dei fenomeni di illegalità collegati alla criminalità organizzata di tipo mafioso
- approvazione del nuovo “*Testo Unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell’economia responsabili*”

Intera legislatura

- rafforzare la cooperazione con gli Enti e le Istituzioni locali che stanno già lavorando sui temi della promozione della legalità
- sostenere il radicamento di strutture di aggregazione per la conoscenza dei fenomeni: Case della legalità e Centri di documentazione
- promozione della cooperazione istituzionale nella gestione dei beni confiscati, cercando di intervenire nell’iter procedurale fin dalle fasi del sequestro cautelativo
- promozione di collaborazioni e scambi informativi con le strutture preposte alla prevenzione e al contrasto del crimine organizzato
- attuazione del nuovo “*Testo Unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell’economia responsabili*” in corso di approvazione, attraverso l’adozione di misure volte a contrastare i fenomeni di infiltrazione mafiosa e corruttiva, nonché i comportamenti irregolari ed illegali che incidono nell’economia regionale, raccordando ed armonizzando gli interventi regionali attualmente posti in essere ai sensi delle LL.RR 11/2010, 3/2011 e 3/2014

2.5.3 Area Sicurezza urbana (LR 24/2003)

Missione: Ordine pubblico e sicurezza

Programma: Sistema integrato di sicurezza urbana

Promozione delle condizioni per una collaborazione attiva fra rappresentanze istituzionali delle comunità locali e regionali e rappresentanze delle Istituzioni nazionali responsabili per i problemi della sicurezza delle città mediante: sviluppo di misure di prevenzione situazionale, sociale e comunitaria, diffusione delle misure di controllo del territorio, con lo sviluppo di sistemi integrati di videosorveglianza e diffusione di conoscenze qualificate sulla percezione di sicurezza e le vittime di reato.

Assessorato di riferimento

Presidenza

Altri assessorati coinvolti

Giunta regionale per specifiche competenze

Strumenti e modalità di attuazione

- rafforzamento dei legami con gli Enti locali, privilegiando strumenti di lavoro bilaterali sulla sicurezza e la prevenzione della criminalità e del disordine urbano diffuso, come accordi di programma e protocolli di intesa
- promozione della collaborazione anche con le Istituzioni centrali competenti in materia di sicurezza e ampliamento della collaborazione con Forum Italiano ed Europeo per la Sicurezza Urbana (FISU ed EFUS) per il reperimento di finanziamenti europei in materia di sicurezza e prevenzione della criminalità

Altri soggetti che concorrono all’azione

Enti locali, Università, Centri di ricerca, Associazioni e Organizzazioni di volontariato che operano a favore delle vittime di reati nel campo della sicurezza e a sostegno della prevenzione dei reati, Fondazione emiliano-romagnola per le vittime dei reati

Destinatari

Enti pubblici statali e locali, Soggetti espressione della comunità regionale

Eventuali impatti sugli enti locali

Attuazione di azioni volte al conseguimento di una ordinata e civile convivenza nelle città e nel territorio regionale, in particolare con riferimento alla riduzione dei fenomeni di delittuosità ed inciviltà diffusa

Eventuali impatti in termini di pari opportunità e non discriminazione

Vengono proseguite azioni dedicate alla prevenzione e al contrasto della violenza contro le donne. In questo ambito, in particolare, si agisce seguendo due diverse direttrici: da un lato si continua a sostenere progetti generali volti a promuovere la sicurezza urbana, i quali, benché non tutti impostati specificamente secondo un'ottica di genere, di fatto sono rivolti alle donne e alla loro sicurezza negli spazi pubblici, sia direttamente, attraverso le consuete misure di supporto e di assistenza economica alle vittime di violenza - e spesso ai loro figli - della Fondazione Emiliano Romagnola per le Vittime di Reato (che di fatto dedica buona parte del suo lavoro alla gestione di casi che riguardano la violenza di genere). Dall'altro lato si garantisce l'aggiornamento del quadro conoscitivo dei fenomeni che riguardano la violenza e l'insicurezza di genere. In particolare, si continua ad alimentare con dati aggiornati le basi statistiche e le banche-dati interne su diversi fenomeni sociali, compreso quello della violenza di genere, che offrono una lettura approfondita della condizione femminile della nostra regione, incluso l'aspetto della violenza.

Banche dati e/o link di interesse

Sicurezza urbana:

<http://autonomie.regione.emilia-romagna.it/sicurezza-urbana/approfondimenti/statistiche-2> Forum italiano per la Sicurezza urbana: <http://www.fisu.it/>

Risultati attesi

2017

aumento del numero di interventi di prevenzione situazionale (ad esempio con lo sviluppo di nuovi sistemi integrati di videosorveglianza), sociale e comunitaria sull'intero territorio regionale

Intera legislatura

definizione di progetti sperimentali particolarmente innovativi nel campo della prevenzione sociale, situazionale e comunitaria da svilupparsi in convenzione con gli Enti Locali, Università

consolidamento e sviluppo delle strategie di prevenzione integrata

consolidamento e sviluppo delle strategie per un'efficace cooperazione istituzionale volta a promuovere un "sistema integrato di sicurezza urbana"

2.5.6 Sviluppo dell'edilizia residenziale sociale e del patrimonio pubblico di alloggi (Erp)

Missione: Assetto del territorio ed edilizia abitativa

Programma: Edilizia residenziale pubblica e locale e piani di edilizia economico-popolare

L'obiettivo strategico è contrastare il fenomeno dell'emergenza abitativa promovendo azioni su tutta la "filiera dell'abitare" attraverso : l'attivazione di strumenti innovativi per il sostegno e garanzia alla locazione a favore delle fasce più deboli della popolazione, la sperimentazione di iniziative di *housing* sociale e l'implementazione, il rinnovamento e la riqualificazione energetica del patrimonio Edilizia Residenziale Pubblica (ERP).

Definizione di nuovi criteri per l'accesso e la permanenza nell'ERP e introduzione di una nuova metodologia per il calcolo di canoni.

Assessorato di riferimento

Politiche di welfare e politiche abitative

Strumenti e modalità di attuazione

programma pluriennale delle politiche abitative

fondo affitti e morosità incolpevole

fondo regionale per le barriere architettoniche

Altri soggetti che concorrono all'azione

L'attuazione delle politiche abitative presuppone un forte coinvolgimento dei Comuni e degli Acer, anche attraverso i Tavoli territoriali di coordinamento, nonché delle associazioni locali dell'imprenditoria privata e delle cooperative di abitazione e delle organizzazioni sindacali

Destinatari

Fasce più deboli della popolazione, giovani coppie, anziani, lavoratori in mobilità, famiglie numerose

Risultati attesi

2017

monitoraggio dell'applicazione dei nuovi criteri per l'accesso e la permanenza e della nuova metodologia di calcolo dei canoni ERP anche mediante la partecipazione e il confronto con le parti sociali nell'ambito dei Tavoli di concertazione delle politiche abitative al fine di verificare l'impatto e il grado di raggiungimento degli obiettivi della nuova disciplina

predisposizione di una relazione finale che illustri gli effetti derivanti dalla applicazione della nuova disciplina, le eventuali problematiche emerse e le eventuali modifiche che possono essere necessarie

promozione di un nuovo programma sperimentale di *housing* sociale

Intera legislatura

implementazione dell'Osservatorio per le Politiche abitative per garantire l'aggiornamento permanente dell'Anagrafe dell'Utenza e della consistenza del patrimonio ERP nonché del suo stato di manutenzione ed efficienza energetica

integrazione delle politiche per la casa con le politiche sociali, per il lavoro, il diritto allo studio e l'immigrazione, in un quadro di azioni coordinate per lo sviluppo sostenibile e la coesione sociale

diffusione di iniziative per contrastare l'emergenza abitativa anche tramite accordi locali per ridurre il ricorso alle procedure di sfratto e per limitarne l'impatto

turn/over più elevato negli alloggi ERP

diminuzione degli alloggi ERP non occupati

CUP 2000 S.p.A.

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Indirizzi strategici

Gli indirizzi forniti alla società *in house* CUP 2000 S.p.A. sono collegati con quanto previsto nella DGR 217/2014, con la quale si prevede il rilascio di un "Piano triennale per l'innovazione e lo sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale" che deve individuare, con una pianificazione pluriennale, gli ambiti di intervento, le priorità, le dimensioni di impegno economico e i relativi tempi di realizzazione. L'*Information Communication Technology* (ICT) si configura sempre di più come uno strumento necessario e strategico per l'innovazione del Servizio Sanitario Regionale sia in un ambito organizzativo-procedurale sia nei processi volti a garantire la qualità e la sicurezza delle cure.

Il piano è costituito da un documento la cui redazione ha coinvolto molteplici soggetti già previsti dalle linee di programmazione, i quali sono stati individuati con successiva Determinazione 14707/2014, portando alla istituzione di un Comitato Tecnico ICT, composto da professionisti della Direzione Sanità e Politiche Sociali, dai coordinatori ICT delle aree vaste e dell'Azienda USL Romagna e dal Direttore Generale della Società CUP 2000 S.p.A.

Il piano presenta un introduttivo inquadramento di contesto e, in stretta relazione alla *vision* della Regione Emilia Romagna in merito allo sviluppo ICT a supporto del Servizio Sanitario Regionale, descrive i modelli di riferimento utilizzati, definisce le aree di intervento attraverso l'analisi dei bisogni da indirizzare, descrive in dettaglio gli strumenti, i metodi e i percorsi da adottare, e si sviluppa infine con la vera e propria pianificazione che include la rappresentazione delle azioni prioritarie oggetto della pianificazione stessa, con la loro collocazione nel tempo e la determinazione del perimetro economico di riferimento.

Al piano seguono degli ambiti di attività che vengono affidati alla società *in house* CUP 2000 che sviluppa i piani operativi e successivamente i piani esecutivi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi e dei bisogni richiesti. Il controllo ed il monitoraggio dei piani operativi predisposti da CUP 2000 sono affidati al Gruppo ICT, istituito con delibera del Direttore Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione.

I principali obiettivi da perseguire sono:

□□ supportare la semplificazione ed il miglioramento dell'accessibilità offrendo ai cittadini servizi online interattivi uniformi a livello regionale, mediante l'affermazione del Fascicolo Sanitario Elettronico quale strumento di interazione con il Servizio Sanitario Regionale

□□ assicurare il governo clinico e il rispetto delle politiche del SSN mantenendo il punto ottimale di equilibrio tra qualità dell'assistenza e sostenibilità del sistema facendo leva in particolare sul consolidamento della infrastruttura SOLE e del software di Scheda Sanitaria Individuale per la Medicina Generale

□□ supportare le aziende nella gestione del rischio per garantire la massima sicurezza dei processi assistenziali migliorandone la qualità

□□ supportare il cambiamento delle organizzazioni sanitarie facilitando i processi di concentrazione, fusione e integrazione delle attività delle aziende.

□□ partecipare al raggiungimento degli obiettivi relativi all'Agenda Digitale dell'Emilia Romagna

Altri indirizzi sono stati forniti alla società CUP 2000, quale società *in house*, in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza, contatti pubblici e personale, sulla base di quanto disposto dalla DGR 1175/2015.

E' altresì definito con DGR 514/2016 il percorso di semplificazione, riordino e razionalizzazione delle partecipazioni societarie della Regione Emilia-Romagna, in tale contesto si collocano la trasformazione in società per azioni di tipo consortile e la fusione delle società che forniscono servizi in ambito di *Information Communication Technology* tra le quali si colloca CUP 2000 che parteciperà attivamente al percorso di razionalizzazione condiviso

□□ **2.1.7 Razionalizzazione della spesa e dei processi per l'acquisizione di beni e servizi per il Servizio Sanitario Regionale**

Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (I.R.S.T)

Assessorato di riferimento

Politiche per la salute

Indirizzi strategici

In riferimento agli indirizzi strategici di programmazione regionale forniti a IRST di Meldola, la Regione ha dato mandato all'Istituto ed alla AUSL della Romagna, di costituire una rete formalizzata, sia clinica che scientifica, per la realizzazione di un percorso che coinvolga tutte le specialità che sono di riferimento per la diagnosi e terapia dei tumori.

L'Istituto, in coerenza con le indicazioni regionali, partecipa inoltre alla programmazione sanitaria pluriennale territoriale (PAL) in ambito oncologico di concerto con l'AUSL, e opera per soddisfare i bisogni oncologici e le aspettative dei cittadini del territorio, garantendo le attività di analisi epidemiologiche descrittive analitiche, molecolari e valutative, diagnostica strumentale, caratterizzazione biomolecolare e bio funzionale dei tumori, programmi ed attività multidisciplinari di ricerca, formazione, trattamento e cura.

La Regione ha dato mandato di strutturare una rete assistenziale di oncologia ospedaliera e territoriale con caratteristiche di efficacia e di appropriatezza, in relazione al bacino di utenza della Romagna, in stretta collaborazione con la Azienda USL.

Inoltre l'IRST, in coerenza con le indicazioni regionali in materia di preparazione di farmaci antitumorali e radioterapici ha centralizzato e robotizzato le varie fasi dell'allestimento anche per le altre sedi ospedaliere; il mandato è quello di migliorarne l'integrazione.

L'istituto ha già concordato con la Regione modalità per la stabilizzazione del personale che svolge attività di ricerca, nel rispetto della normativa vigente in materia e dei vincoli di Bilancio, al fine di dare un assetto stabile ai progetti di ricerca in fase di realizzazione.

Nel corso del 2017 sarà attuata una bio banca al fine di poter migliorare personalizzare meglio le cure tramite le valutazioni genetiche.

Si prosegue nel migliorare in termini strutturali i rapporti con la rete oncologica degli altri IRCCS oncologici e nel migliorare i rapporti di collaborazione con la rete degli ospedali della Romagna con

i quali già oggi sono stati costituiti rapporti stabili sia per attività cliniche che di ricerca traslazionale.

Eventuali collegamenti con gli obiettivi strategici

Riordino della rete ospedaliera

Questo obiettivo declina localmente la programmazione regionale con particolare riguardo alla concentrazione di procedure complesse, di prestazioni intermedie che non richiedano la presenza del paziente ed alla ridefinizione del modello organizzativo dei presidi ospedalieri, secondo quanto indicato nel suddetto decreto

TOSCANA

DGR 28.9.16, n. 79 - Documento di economia e finanza regionale 2017. Approvazione. (BUR n. 45 del 7.10.16)

Note

Il documento di economia e finanza regionale (DEFR) è atto di indirizzo programmatico economico e finanziario dell'attività di governo della Regione per l'anno successivo, con proiezione triennale, e costituisce strumento di supporto al processo di previsione, nonché alla definizione del bilancio di previsione e della manovra finanziaria con le relative leggi collegate;

Viene approvato il documento di economia e finanza regionale (DEFR) 2017 (Allegato A) parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

NB

Si riporta la Premessa del presidente della Giunta regionale ed i riferimenti specifici alle politiche sociali, rinviando alla lettura integrale del testo per le altre parti.

Premessa di Enrico Rossi

Una crescita economica senza coesione europea risulta un pericoloso "azzardo morale" che finirebbe per impattare nuovamente sui soggetti più colpiti dalla crisi degli ultimi anni, ovvero lavoratori, imprese, ambiti sociali e territoriali più fragili, senza tener conto delle sfide derivanti dai cambiamenti climatici, dal fenomeno migratorio, o dai rischi di instabilità finanziaria e sociale insiti in una globalizzazione scarsamente regolamentata. Meglio non illudersi sull'esistenza di scorciatoie (stile Brexit o inseguendo estremismi disgregativi): per una ripresa stabile servono innovazione, export e consumi, investimenti sia pubblici che privati al fine di incrementare produttività, competitività, occupazione, così come risultano necessarie riforme per ammodernare la pubblica amministrazione e consolidare il welfare state.

Il Documento di economia e finanza regionale 2017 – DEFR nel seguito – visto il particolare calendario di avvio della legislatura, quest'anno consegue, da vicino, dalla proposta di Programma regionale di sviluppo 2016-20 – PRS nel seguito. Da questo punto di vista il documento, nel rispetto delle prerogative del Consiglio regionale, si limita a ripercorrere il quadro delle priorità delineate dal PRS, rinviando ad ottobre, con Nota di aggiornamento, una loro eventuale revisione e l'individuazione degli interventi per l'anno 2017, sulla base degli indirizzi che il Consiglio fornirà in occasione dell'approvazione del PRS, assumendo tuttavia il valore preminente di documento preliminare al bilancio 2017.

Al di là degli aspetti procedurali, anche per la Toscana risulta decisivo il rilancio di una "Europa dei cittadini" che incoraggi la coesione socio-territoriale attraverso regioni in grado di tradurre la politica di coesione, a partire dagli obiettivi di Europa 2020, in integrazione, crescita economica ed occupazionale.

Il tema non è solo una questione di finanziamenti e fondi strutturali europei per PMI, giovani, ed altri beneficiari, quanto semmai l'espressione dell'"Europa sociale" e della solidarietà a livello territoriale, anche nelle regioni classificate come più sviluppate. Qualcosa quindi che il "Piano Juncker", pur utile per

rilanciare gli investimenti, non può sostituire. Ecco perché occorre che anche il bilancio dell'Unione torni al 1,2% del Pil come era con 15 Paesi membri rispetto allo 0,9% attuale con 28 Paesi.

Malgrado le incertezze degli scenari e le priorità da riscoprire per non vanificare il sogno e la stabilità del continente europeo, studi recenti (es. Rapporto Irpet sulla situazione economica della Toscana 2015 e previsioni 2016-18, Rapporto della Banca d'Italia sull'economia della Toscana del giugno 2016) confermano poi un graduale miglioramento delle condizioni socio-economiche regionali e con tendenze superiori alle medie nazionali su PIL, export, occupazione. Anche investimenti e domanda interna tornano positivi, sebbene le difficoltà non siano superate ed i livelli del 2007 siano ancora lontani.

In questa prospettiva nel 2017, pur in presenza di risorse decrescenti a livello regionale, occorre dunque consolidare la ripresa. La Regione nel PRS ha scelto un approccio per grandi progetti di intervento a valenza regionale e, per la prima volta, si è anche data obiettivi misurabili e discendenti direttamente dalle finalità di Europa 2020, in alcuni casi addirittura inserendo ulteriori sfide (es. reindustrializzazione, contrasto alle disparità territoriali, consumo di suolo zero). La Toscana intende quindi continuare a fronteggiare gli effetti della crisi, stimolando competitività e qualità del capitale umano, senza rinunciare alla coesione sociale e con una rinnovata attenzione per l'ambiente ed il governo del territorio.

L'aumento delle disuguaglianze generato dalla crisi ed il conseguente risentimento sociale, i persistenti problemi di scarsa produttività e di perdita del reddito reale, le difficoltà di mantenimento dei servizi pubblici, richiedono sia al Governo che alle Regioni robusti interventi a favore di investimenti, innovazione e soluzioni strutturali, al fine abbassare il tasso di disoccupazione, generare opportunità per le nuove generazioni, aggiornare i sistemi di protezione sociale. La Toscana quindi, anche nel 2017, non intende allentare la presa sulla difesa del lavoro e lo sviluppo delle varie tipologie di imprese, sul rinnovamento di servizi essenziali come la sanità o il sostegno ad educazione e cultura, sulla prevenzione dei grandi rischi (es. idrogeologico), sull'ammodernamento delle infrastrutture materiali ed immateriali, nella consapevolezza che selezionando le priorità e concentrando le risorse sia possibile determinare un effetto leva con cui sovrastare l'inerzia alla crescita innescata dalla crisi.

Enrico Rossi

IL QUADRO DELLE POLITICHE SOCIALI

Sul versante delle disparità territoriali, è plausibile ipotizzare che permarranno anche nei prossimi anni situazioni di difficoltà, in particolare in quei territori caratterizzati da un sistema produttivo storicamente più debole. Il riferimento è alle aree interne e della montagna così come alle aree della costa e delle isole dell'Arcipelago per le quali il PRS individua due progetti specifici.

Il primo, (2) "Politiche per il mare, per l'Elba e l'Arcipelago Toscano", è orientato promuovere lo sviluppo delle zone costiere e delle isole toscane, anche attraverso interventi che facilitino l'accessibilità territoriale delle isole, nonché attraverso interventi per sostenere i sistemi economici caratterizzati dall'economia del mare, in maniera compatibile con la tutela della qualità ambientale.

Il secondo, (4) "Politiche per le aree interne e per la montagna", muove invece dalla necessità di dare

una risposta alle urgenti necessità di interventi rivolti a contrastare i fenomeni di invecchiamento e di riduzione della popolazione, a sostenere le economie locali ed a rispondere adeguatamente alla domanda di servizi in termini di disponibilità e accessibilità totalmente ponendosi in linea con l'obiettivo 8 (riduzione delle disparità territoriali).

Alle politiche per il rilancio della competitività e per la riduzione delle disparità territoriali sono affiancate azioni orientate ad agire sulle condizioni di disagio ed a favorire l'inclusione sociale. A tale scopo il PRS prevede un secondo blocco di progetti, tra cui, uno dei più significativi è il progetto regionale (19) "Lotta alla povertà e inclusione sociale" rivolto a tutte le persone svantaggiate quali le persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione, le minoranze etniche, le persone di qualsiasi età che devono affrontare la povertà e l'esclusione, prevedendo misure di sostegno. Importanti anche gli interventi per il potenziamento dell'offerta residenziale pubblica, nonché per il rafforzamento della rete di inclusione.

Il progetto regionale (20) "Tutela dei diritti civili e sociali" si pone in linea con l'obiettivo con quanto sopra ed in stretta sinergia con le azioni del progetto 19 denotando come i principi di libertà, dignità, garanzia dell'uguaglianza e delle pari opportunità, a fronte di condizioni sociali e stati di bisogno differenti, costituiscano un valore fondante dell'azione della Regione Toscana.

Un'ulteriore priorità strategica è costituita dal progetto regionale (24) "Politiche per l'accoglienza e l'integrazione dei cittadini stranieri" che tenta di fornire una risposta all'intensificarsi dei flussi migratori e alle pressanti esigenze di accoglienza, promuovendo un sistema di governance orientato alla tempestività, alla sostenibilità, alla collaborazione tra i diversi livelli istituzionali e all'integrazione delle risorse e degli interventi per i cittadini di Paesi Terzi.

Al tempo stesso, la necessità di confrontarsi con una presenza sempre più massiccia di immigrati e profughi richiede di attivare, accanto alle iniziative di accoglienza e integrazione, concrete azioni di 'cosviluppo'.

Il progetto regionale (26) "Attività e cooperazione internazionale e nel Mediterraneo, Medio Oriente e Africa Subsahariana" che indirettamente persegue l'obiettivo 6 (lotta alla povertà e all'esclusione sociale) "esportando" altrove il modello toscano dello sviluppo locale.

Un'altra priorità dell'azione dell'Amministrazione regionale riguarda la necessità di evitare le conseguenze negative del disagio sociale attraverso azioni atte a rimuovere innanzi tutto la sensazione di insicurezza (cioè il grado di sicurezza percepita). Con il progetto regionale (23) "Legalità e sicurezza" la Regione si pone l'obiettivo di una Toscana "più sicura e più legale", individuando e organizzando risposte attive e positive per affrontare i problemi di insicurezza - reale e percepita - dei suoi cittadini e per sviluppare in modo sempre maggiore una cultura della legalità democratica.

Si tratta quindi di intervenire sulle tante forme di disagio che possono allontanare il rischio di povertà anche in forma preventiva. Una di queste è legata anche alla maggiore difficoltà di garantire alcuni servizi indispensabili, difficoltà determinata dai tagli imposti dalle politiche di contenimento della spesa pubblica che rendono necessaria una revisione delle modalità con cui alcuni servizi sono erogati. Il riferimento è alla sanità che permane al centro dell'attenzione con il progetto (21) "Riforma e sviluppo della qualità sanitaria" orientato a facilitare l'accesso alle prestazioni e ridurre le liste di attesa, a garantire la l'appropriatezza dei percorsi assistenziali nonché alla prevenzione in generale anche per gli aspetti legati alla salute e sicurezza sul lavoro. E' richiesta inoltre un'attenzione particolare alla individuazione e alla scelta dei nuovi investimenti, nuovi percorsi, processi e tecnologie; è in quest'ottica che sarà promosso l'utilizzo dell'Health technology assesment come strumento di lavoro e di governo delle scelte decisionali a saranno promosse azioni di ricerca e sviluppo in ambito sanitario.

Seguono indicazioni più specifiche in termini di finanziamenti a cui si rinvia

ABRUZZO

DECRETO 29.06.2016, N. 65 -Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 - Modifica ed Integrazione Decreto del Commissario ad Acta n. 56/2015 del 29.05.2015

Note

Viene approvato il Piano regionale di prevenzione 2014-2018 della Regione Abruzzo allegato “A” al presente atto quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (a cui si rinvia).;

Viene approvato il “Documento di valutazione regionale” allegato “B” al presente atto quale parte integrante e sostanziale, costituito dalla “Tabella degli standard regionali degli indicatori centrali” e dalla “Tabella degli indicatori sentinella” (a cui si rinvia).

I Direttori Generali delle AASSLL sono impegnati ad adottare l’atto aziendale di recepimento del “Piano regionale di prevenzione 2014-2018” individuando i Dipartimenti di Prevenzione quali strutture aziendali con ruolo di regia sia delle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia di governance di processi che degli interventi non erogati direttamente monitorando le azioni programmate e garantendo la valutazione del processo e dei risultati.

In coerenza con la valutazione annuale ministeriale del Piano regionale di prevenzione ai fini della relativa certificazione per gli anni 2016-2017 anche ai fini LEA - ciascuna Asl è tenuta a garantire il raggiungimento di almeno il 70% degli indicatori sentinella di tutti i programmi per il 2016 e 2017 e l’80% degli indicatori sentinella di tutti i programmi per il 2018 con la previsione di uno scostamento tra valore osservato e lo standard previsto non superiore al 20%.

Per l’attuazione del predetto Piano saranno utilizzate le risorse economiche di cui all’art. 1, commi 34 34 bis della legge 27.12.1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, con imputazione sul cap. 81519 del bilancio regionale, per ciascuna annualità di vigenza del piano e le risorse economiche all’uopo assegnate con imputazione sul cap. 81501 del bilancio regionale, espressamente finalizzate per il Piano regionale di prevenzione 2014-2018;

DECRETO 21.07.2016, N. 79 - Approvazione Documento Tecnico “Riordino della Rete Ospedaliera – Regione Abruzzo”. (BUR n. 125 del 12.10.16)

Note

Viene approvato il Documento tecnico “Riordino della rete ospedaliera – Regione Abruzzo” che si allega al presente provvedimento quale parte costitutiva ed integrante (All.1);

Viene rinviata a successivi provvedimenti la definizione delle modalità attuative degli assetti organizzativi definiti dal Documento Tecnico (All.1) dettagliando, in puntuali e specifici cronoprogrammi, i processi di riorganizzazione ivi programmati;

[Segue Allegato](#)

BASILICATA

DGR 15.9.16, n. 1061 - Art. 63 della LR 4 marzo 2016, n. 5, di modifica dell’art.20, comma 4 della LR 8.8.2012, n.16. Limite di spesa per il personale per l’anno 2016 dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera. (BUR n. 36 del 1.10.16)

Note

Con l’art. 63 della legge regionale 4 marzo 2016, n. 5 (collegato alla legge di stabilità regionale per l’anno 2016), tenuto conto di talune peculiarità del sistema sanitario regionale nonché della particolare composizione e formazione della spesa correlata al personale del settore, al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui all’art. 1 comma 584 della L. n.190/2014, la Regione Basilicata ha stabilito che: “ In ogni caso la spesa complessiva del personale per le Aziende provinciali di Potenza e Matera nonché per l’Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all’anno 2004, non può essere superiore a quella dell’anno precedente, così come risultante da idonea attestazione aziendale. In attuazione delle

disposizioni di cui all'art. 1, comma 584, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, la Giunta Regionale adotta un programma pluriennale di graduale riduzione della spesa del personale delle Aziende ed Enti del servizio sanitario regionale, al fine di garantire l'obiettivo, previsto per l'anno 2020, di una spesa complessiva del personale pari a quella sostenuta nell'anno 2004 ridotta dell'1,4% al netto della spesa per il personale del sistema dell'emergenza urgenza 118 e dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture non ancora strutturata alla data del 31.12.2004, individuando il limite di spesa annuale per ciascuna Azienda”;

Viene autorizzata, in favore dell'Azienda Sanitaria locale di Matera ai sensi dell'art. 63 della LR 4 marzo 2016, n. 5, la spesa per le assunzioni di personale entro il limite massimo complessivo di € 500.000,00 per l'anno 2016 in aggiunta a quanto disposto con la DGR n.641/2016.

CAMPANIA

DECRETO n. 110 del 06.10.2016 - Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti al decreto commissariale n. 89 del 8 agosto 2016, riguardanti le case di cura con meno di 60 posti letto. (BUR n. 66 del 10.10.16)

Note

Viene disposto:

1. Di stabilire – per le case di cura che non raggiungono la soglia dei 60 posti letto accreditati per acuti - che l'attuale comma 2 dell'articolo 6 del contratto: “2. *Il presente contratto si riferisce all'anno 2016, nonché al 2017*”, sia sostituito come segue: “2. *Il presente contratto si riferisce all'anno 2016, nonché al 2017, purché non si verifichino le condizioni che, in applicazione dell'allegato n. 1, punto 2.5, del decreto del Ministro della salute n. 70 del 2 aprile 2015, determinino la esclusione della sottoscritta casa di cura dalla possibilità di sottoscrivere contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dal 1° gennaio 2017*”.

2. Di costituire immediatamente un tavolo di confronto e proposta con le case di cura con meno di 60 posti letto per acuti, sia di area medica che chirurgica, al fine di realizzare entro il 31/12/2016 le condizioni atte ad evitare che tali case di cura dal 1° gennaio 2017 siano prive di contratto.

DECRETO n. 111 del 06.10.2016- Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti al decreto commissariale n. 89 del 8 agosto 2016 riguardo ai laboratori di analisi in corso di aggregazione. (BUR n. 66 del 10.10.16)

Note

Vengono approvate le linee guida e lo schema di contratto 2016 – 2017 per i laboratori di analisi in corso di aggregazione ed i relativi soggetti aggregatori, allegati al presente decreto, fermo restando che ulteriori modifiche ed integrazioni potranno essere emanate dal Commissario ad acta con apposite circolari.

DECRETO n. 112 del 30.09.2016 - Programmazione di attività per la promozione e potenziamento della lotta al dolore durante il travaglio di parto per via naturale, parto (BUR n. 66 del 10.10.16)

Note

Vengono promosse azioni atte al potenziamento della lotta al dolore durante il travaglio e del parto per via naturale, non solo attraverso l'utilizzo di metodiche farmacologiche, ma anche di metodi alternativi per la riduzione del dolore;

Tutte le strutture pubbliche e private accreditate sono tenute a redigere appositi percorsi che prevedano:

- Campagne di informazione e di sensibilizzazione indirizzate alle neo mamme ed agli operatori per la promozione del parto naturale e la riduzione del ricorso al parto cesareo mediante l'utilizzo della parto-analgesia per il controllo del dolore durante il travaglio ed il parto e/o metodiche naturali per

il “parto dolce” come il parto in acqua, le posizioni libere durante il travaglio ed il parto, l’aroma terapia, la cromoterapia, la digitopressione ecc..

Questa operazione “culturale” andrebbe promossa attraverso i mass-media, social, convegni, produzione di materiale informativo, conferenze, ecc.

- Formazione del personale medico e sanitario al fine di implementare in tutti i punti nascita della Regione Campania l’analgia epidurale;

- Azioni volte a migliorare concretamente la qualità delle cure offerte all’utenza in ambito ostetrico offrendo alle donne che non sono in grado di affrontare serenamente il travaglio ed il parto, la possibile opzione analgesica come alternativa al taglio cesareo su richiesta materna, assicurando la presenza della figura dell’anestesista rianimatore.

Entro tre mesi tutte le strutture pubbliche e private accreditate, predispongano un protocollo per disciplinare l’offerta aziendale in materia di parto - analgesia per il controllo del dolore durante il travaglio ed il parto;

DECRETO n. 113 del 30.09.2016- Definizione per gli esercizi 2016 e 2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti dei decreti commissariali n. 85 e n. 89 del 8 agosto 2016. (BUR n. 66 del 10.10.16)

Note

Viene stabilito che il testo del secondo comma della clausola di salvaguardia, previsto negli schemi dei contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dai decreti commissariali n. 85 e n. 89 del 8 agosto 2016, è sostituito dal seguente con effetto immediato: “2. *In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati sub comma 1 (ossia i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla/alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo/contratto*”.

E’ consentita la sottoscrizione dei contratti ex art. 8 quinquies con le strutture sanitarie private, disposta dai decreti commissariali n. 85 e n. 89/2016, possa intervenire entro il 15 ottobre 2016.

Per le strutture private che entro tale data non sottoscrivano il contratto, come modificato ai sensi del presente decreto, ovvero, che appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale formulata dalla ASL competente in base alle medesime disposizioni (in tal caso, si intendono prive di contratto), dal 16 ottobre 2016 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell’art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell’art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008).

Per i laboratori di analisi, ferma restando l’applicazione delle disposizioni di cui al DCA n. 89/2016 per le prestazioni già rese nel 2016, è in corso di definizione un nuovo schema contrattuale che tenga conto della successione dell’Aggregazione nel rapporto di accreditamento e che sarà comunicato alle aziende in tempo utile per la sottoscrizione dei contratti entro il termine del 15 ottobre 2016.

EMILIA-ROMAGNA

ATTO DI INDIRIZZO – RISOLUZIONE - Oggetto n. 3278 - Risoluzione per impegnare la Giunta a continuare il “Percorso Epilessia” avviato nel 2010 per il contrasto di tale patologia, relazionando in Commissione circa lo stato di attuazione dello stesso e la sua applicazione uniforme nelle Aziende sanitarie della Regione. A firma dei Consiglieri: Zoffoli, Zappaterra, Caliandro, Boschini, Bessi, Calvano, Rossi Nadia, Soncini, Rontini, Molinari, Sabattini, Serri, Marchetti

Francesca, Lori, Poli, Montalti, Prodi, Mumolo, Paruolo, Bagnari, Tarasconi, Campedelli, Ravaioli, Mori, Iotti. (BUR n. 293 del 30.9.16)

L'Assemblea legislativa della Regione Emilia-Romagna

Premesso che

la Giunta regionale dell'Emilia-Romagna ha approvato con la deliberazione n. 2073 del 27 Dicembre 2010 "Percorso Epilessia" un documento di indirizzo per le Aziende sanitarie per l'organizzazione dell'assistenza integrata alle persone con epilessia dal titolo "Approvazione Linee Guida per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna per l'organizzazione dell'assistenza integrata alla persona con Epilessia".

Con il "Percorso Epilessia" la Regione, già da anni impegnata in questo campo, ha voluto sottolineare la necessità di migliorare la qualità dell'assistenza alle persone con epilessia.

Le linee guida regionali impegnano le Aziende sanitarie a sviluppare, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, una rete integrata dei servizi per l'assistenza. A partire dagli interventi di prevenzione: per ridurre l'incidenza della patologia e per ridurre la prevalenza sulla base dell'appropriatezza e della precocità della presa in carico della persona. Tale impegno di prevenzione è rivolto inoltre a combattere le conseguenze della patologia e l'emarginazione sociale: si basa sui principi della "qualità della vita" e costituisce tuttora uno degli aspetti più trascurati nella gestione della persona con epilessia.

Per quanto riguarda l'aspetto diagnostico-terapeutico, il documento definisce il percorso che le Aziende sanitarie devono individuare per la gestione nell'emergenza delle crisi epilettiche (a partire dai Pronto soccorso) e i requisiti delle strutture per l'assistenza ordinaria.

La gestione ordinaria delle persone con epilessia prevede l'individuazione di ambulatori dedicati presso ogni Azienda sanitaria con la presenza di esperti in epilettologia in grado di effettuare diagnosi, presa in carico socio-sanitaria e terapia, rispettivamente per la fascia di età adulta e per l'età evolutiva e con la disponibilità di esami neurofisiologici di base, di esami neuroradiologici convenzionali e di dosaggio dei farmaci antiepilettici, oltre che garantire l'accesso a consulenze specialistiche e ai percorsi integrativi o di inclusione sociale, in collaborazione con le Unità operative di medicina legale delle Aziende sanitarie.

In ambito sovra-aziendale o di Area vasta, la gestione ordinaria prevede la disponibilità di strutture di riferimento con dotazioni tecnologiche e di personale in grado di effettuare esami complessi (esami neurofisiologici specifici, esami neuroradiologici complessi, valutazioni neuropsicologiche, consulenze genetiche, ed eventuali terapie innovative).

Il Centro di riferimento regionale per la gestione della terapia chirurgica dell'epilessia è individuato presso l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche dell'Azienda Usl di Bologna. Al Centro, composto da professionisti con competenze specifiche e dotato di strumentazioni e attività diagnostiche di alto livello, compete l'individuazione dei pazienti ai quali può essere effettuata, per le specifiche condizioni della patologia, la terapia chirurgica.

Nel documento sono inoltre definiti i percorsi per la continuità dell'assistenza socio-sanitaria, sia tra le strutture del territorio e gli ospedali, sia nell'elaborazione del programma individuale di presa in carico della persona, in particolare, rispetto all'inserimento a scuola o nel mondo del lavoro e per le attività di riabilitazione.

Le linee guida sottolineano la necessità da parte delle Aziende sanitarie di sviluppare iniziative/interventi (a partire dalla formazione degli operatori) per supportare la vita individuale della persona con epilessia e la sua famiglia, sia dal punto di vista emotivo-relazionale, sia per una migliore conoscenza e gestione quotidiana della patologia e dei percorsi amministrativi (per esempio, riconoscimento della disabilità, esenzione ticket, patente automobilistica).

Per quanto riguarda il Percorso Epilessia dell'età evolutiva, i servizi di riferimento sono le Unità di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (UO-NPIA) sia territoriali che ospedaliere, cui va fatto riferimento sia per gli aspetti clinici specialistici (prevalentemente ospedalieri) sia per la qualificazione del percorso assistenziale integrato con le agenzie educative e sociali. Gli utenti con diagnosi di epilessia in carico nel 2015 alle UO-NPIA della regione risultano pari a 1.331.

Per assicurare il diritto allo studio nelle scuole di ogni ordine e grado del sistema nazionale di istruzione dell'Emilia-Romagna agli alunni che abbiano necessità di assumere farmaci in ambito scolastico, la Regione ha approvato la DGR 166/2012 "Linee d'indirizzo per la definizione di intese provinciali inerenti la somministrazione di farmaci in contesti extra familiari, educativi o scolastici, in Emilia-Romagna".

Il documento è stato elaborato e formalizzato attraverso un costante lavoro integrato e condiviso con i Pediatri di libera scelta e di comunità e con le Associazioni dei familiari dei bambini con le patologie che abitualmente pongono questo tipo di richiesta (epilessia, diabete, asma, allergie) - al tema della somministrazione di farmaci agli alunni con problemi di salute, acuti o cronici.

La rete dei servizi sanitari e socio-sanitari può contare sulla collaborazione costante dell'Associazione italiana contro l'epilessia (AICE), oltre che di tutte le altre Associazioni che riuniscono le persone con epilessia e i loro familiari, e della società scientifica Lega italiana contro l'epilessia (LICE), che riunisce a livello nazionale i medici esperti in questo campo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, durante la 68ª Assemblea Mondiale della Salute tenutasi a Ginevra, ha inserito l'epilessia tra gli obiettivi prioritari contenuti nel "Piano d'azione 2013-2020". La decisione di rendere primaria la lotta alla patologia, che interessa oltre 50 milioni di persone al mondo, è stata assunta il 2 febbraio 2015.

In quest'occasione, l'OMS ha elaborato una serie di raccomandazioni rivolte agli Stati Membri, affinché si attivino per migliorare la qualità della vita di chi soffre di epilessia, negli stessi Stati e nel resto del mondo. Le raccomandazioni prevedono:

- il rafforzamento delle politiche socio-sanitarie a favore dei malati di epilessia, attraverso l'aumento della disponibilità delle risorse umane e finanziarie necessarie;
- il potenziamento dell'accesso alle cure, in particolare per le persone che vivono in condizioni socio-economiche disagiate, tramite il rinforzamento dell'assistenza sanitaria pubblica e della disponibilità di farmaci antiepilettici;
- la promozione di iniziative volte a migliorare la conoscenza dell'epilessia tra la popolazione, in particolare nelle scuole primarie e secondarie, allo scopo di abbattere i pregiudizi e le discriminazioni sociali;
- lo sviluppo della ricerca scientifica.

Considerato altresì che

in relazione all'adozione delle misure approvate OMS, il rafforzamento dell'assistenza e la cura delle persone con epilessia è un obiettivo delle Direzioni generali delle Aziende sanitarie come tutte le prestazioni previste dai Livelli essenziali di assistenza in accordo a quanto ribadito dalla DGR 2040/2015.

Esiste piena disponibilità al dialogo con tutte le forme associative dei pazienti e con tutti gli operatori socio-sanitari al fine di migliorare l'eventuale ritardo diagnostico, promuovere iniziative pubbliche per contrastare i fenomeni di isolamento e migliorare la qualità della vita delle persone con epilessia.

Non vi sono elementi che giustificano una diversa accessibilità ai trattamenti farmacologici da parte delle persone con epilessia rispetto ad altri gruppi di patologia o differenze di trattamento fra aziende sanitarie.

Sono già attivi gruppi di ricerca nelle Aziende sanitarie della regione ed in particolare nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie e presso l'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna e nell'ambito di tali gruppi ci sono membri esperti appartenenti alla società scientifica Lega italiana contro l'epilessia (LICE) che collaborano sui diversi temi della ricerca in questo campo.

Tutto ciò premesso e considerato

impegna la Giunta

a continuare il percorso avviato nel 2010 con la DGR 2073 in ottemperanza alle raccomandazioni dell'OMS;

a proseguire nell'azione intrapresa per contrastare questa terribile patologia, che crea anche invalidità importanti per i portatori oltre che gravi e grandi disagi per i familiari di questi ultimi;

a voler relazionare quanto prima in commissione circa le risultanze del “Percorso epilessia”, avviato con la DGR individuata in premessa, sia con attenzione allo stato di attuazione che in termini di applicazione uniforme tra le aziende di tutta la regione.

DGR 5.9.16, n. 1398 - Approvazione schema protocollo d'intesa teatro e salute mentale con Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città metropolitana di Bologna e Associazione Arte e Salute Onlus. (BUR n. 295 del 5.10.16)

Note

PREMESSA

L'art. 2 dello Statuto della Regione Emilia-Romagna, ispira l'azione prioritariamente all'attuazione del principio di uguaglianza, di pari dignità delle persone e al superamento degli ostacoli di ordine economico, sociale e territoriale che ne impediscono l'effettiva realizzazione, nonché al rispetto della persona, della sua libertà, della sua integrità fisica e mentale e del suo sviluppo.

Il rapporto 2001 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulla salute mentale, nell'acquisire consapevolezza dell'enorme estensione del fenomeno della sofferenza mentale, denuncia gli ostacoli che impediscono la disponibilità al trattamento rappresentati dallo stigma, dall'esclusione e dalla vergogna.

L'importanza della salute mentale è stata riconosciuta dall'OMS fin dalle sue origini e ciò si rispecchia anche nella definizione di salute nella Costituzione dell'OMS: "non solamente l'assenza di malattia o infermità", ma piuttosto "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale";

L'accordo in Conferenza Unificata ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento concernente "linee di indirizzo nazionali per la salute mentale" del 20 marzo 2008, sottolinea l'importanza di promuovere la salute mentale nella comunità, attivando sul territorio interventi di lotta allo stigma e affermando la centralità svolta dai processi di inclusione sociale e lavorativa dell'utente.

L'AZIONE DELLA REGIONE

Con deliberazione n. 313 del 23 marzo 2009 veniva approvato il Piano Attuativo Salute Mentale 2009 – 2011, tuttora vigente e ribadito il tema della lotta allo stigma, promozione e inclusione sociale quale fattore determinante per il benessere della persona con disagio mentale.

A livello regionale il progetto “teatro e salute mentale” è stato supportato e finanziato con proprie deliberazioni n. 369/2014 e n. 1257/2015 riconoscendo la valenza del teatro quale attività dai potenti elementi trasformativi capaci di apportare alla comunità, e quindi non solamente agli utenti coinvolti nelle iniziative, una serie di benefici personali, culturali e sociali.

LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Leggi regionali:

- n. 37/94 “Norme in materia di promozione culturale” e ss.mm. in cui si prevede, all'art. 1, che la Regione promuova la produzione, la diffusione e la fruizione di attività culturali e favorisca il più ampio pluralismo delle espressioni e delle iniziative, valorizzando i soggetti che esprimono organizzazione e aggregazione di identità, di valori e di interessi culturali;
- n. 13/99 “Norme in materia di spettacolo” e ss.mm., che, all'art. 1, riconosce lo spettacolo quale aspetto fondamentale della cultura regionale e mezzo di espressione artistica, di formazione, di promozione culturale, di aggregazione sociale e di sviluppo economico.

IL PROGETTO REGIONALE

Con deliberazione n. 2132/2008 è stato approvato il Progetto Regionale “Teatro e salute mentale”, destinando apposite risorse finanziarie ad Aziende Usl al fine di portare a sintesi, valorizzare e stabilizzare esperienze, favorire continuità a processi in cui il coniugare la produzione artistica e la salute mentale contrasti l'emarginazione sociale, promuovere una migliore qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari, favorire lo sviluppo di una nuova cultura dell'integrazione ed emancipazione.

IL RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI

Già dal 2007, all'indomani della chiusura del percorso “Prassi e riflessioni teoriche in rete per il benessere sociale”, le associazioni del territorio regionale si interrogano su come continuare la

collaborazione già avviata attorno al tema del tempo libero, individuando il teatro come attività dai potenti elementi trasformativi capaci di apportare alla comunità, e quindi non soltanto agli utenti coinvolti nelle iniziative, una serie di benefici personali, culturali e sociali.

Grazie ad un accurato lavoro di ricerca e mappatura delle realtà teatrali, promosso dai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze patologiche della regione Emilia-Romagna, si rese evidente il ricchissimo panorama culturale.

L'ISTITUZIONE GIAN FRANCO MINGUZZI ED IL COORDINAMENTO

Nel corso di questi anni a partire dal progetto regionale "Teatro e Salute Mentale", si è costituito, in seno all'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna, che ne detiene la rappresentanza, il "Coordinamento Teatro e Salute Mentale" composto dai referenti dei Dipartimenti Salute Mentale – Dipendenze Patologiche (DSM-DP) delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna, dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e dal Centro Servizi per il volontariato di Bologna VOLABO.

Tale coordinamento rappresenta il luogo di sintesi, di raccordo e di programmazione condivisa delle attività culturali e teatrali che i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, insieme ai soggetti del territorio, realizzano annualmente nell'ambito del finanziamento regionale.

I TEATRI DELLA SALUTE

Emilia-Romagna Teatro Fondazione (ERT), Centro Diego Fabbri, Lenz Fondazione, Teatro Gioco Vita, I Teatri di Reggio Emilia, la Baracca Testoni Ragazzi, Teatro Comunale di Ferrara che da anni collaborano fattivamente con i Dipartimenti di Salute Mentale- Dipendenze Patologiche della regione Emilia-Romagna, per lo sviluppo del progetto "Teatro e Salute Mentale", hanno costituito attraverso un protocollo d'intesa, un tavolo denominato "Teatri della salute" affidandone il coordinamento e la rappresentanza all'Associazione Arte e Salute ONLUS.

LA SINERGIA

La sinergia tra l'Assessorato alla cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità e l'Assessorato alle politiche per la salute della regione Emilia-Romagna, il Coordinamento Teatro e Salute Mentale, i Teatri della Salute, grazie alla collaborazione di singoli artisti e di associazioni culturali di riferimento, ha permesso di sviluppare attività teatrali destinate ai pazienti psichiatrici e finalizzate al miglioramento del benessere psichico, allo sviluppo di capacità creative ed espressive, alla riacquisizione di autonomia nella sfera della gestione personale, e all'integrazione nell'ambito della famiglia e/o di altro contesto di vita, permettendo nello stesso tempo agli spettacoli prodotti con i pazienti psichiatrici di raggiungere in molti casi, una qualità artistica notevolissima.

LO SVILUPPO SUCCESSIVO

L'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna ha fra le proprie finalità attività di studio, ricerca e formazione nel campo della salute mentale e dell'inclusione sociale. Già nel 2007 ha condotto una ricerca-azione sul teatro nella salute mentale che ha portato alla realizzazione del Seminario formativo "Cultura Teatrale, Salute Mentale e cittadinanza in scena; immaginazioni a confronto nell'ARTE della relazione" ed ha proseguito la propria collaborazione nell'ambito del "Coordinamento Teatro e salute mentale", svolgendo un ruolo di raccordo organizzativo fra i vari DSM-DP dell'Emilia-Romagna.;

L'Associazione Arte e Salute ONLUS opera dal 2000 con l'obiettivo di promuovere percorsi nell'ambito del teatro e della comunicazione, per migliorare l'autonomia, la qualità della vita e la contrattualità delle persone che soffrono di disturbi psichiatrici, e tra questi si evidenziano rilevanti progetti quali "MoviMenti - i teatri della salute" e il Festival Teatrale "Diversamente".

LE NUOVE INTESE ISTITUZIONALI

I mutamenti legislativi in materia di salute mentale e le problematiche evidenziatisi nel corso dell'ultimo decennio, hanno reso necessarie l'approvazione e la sottoscrizione, da parte delle Istituzioni pubbliche interessate di nuove intese interistituzionali atte a sancire percorsi di collaborazione e di messa in rete delle risorse per meglio garantire i diritti delle persone con malattie di carattere psichiatrico.

LA LOTTA ALLA STIGMA

L'attività teatrale mirata a pazienti psichiatrici svolge un importante ruolo per la lotta allo stigma e il miglioramento del benessere psichico, lo sviluppo di capacità creative ed espressive, la riacquisizione di autonomia nella sfera della gestione personale, l'integrazione nell'ambito della famiglia e/o di altro contesto di vita delle persone con determinate patologie di carattere psichiatrico;

E' necessario combattere lo stigma e l'emarginazione sostenendo progetti culturali e di comunicazione sociale al fine di portare la tematica della malattia mentale all'attenzione della cittadinanza per instaurare un rapporto diretto tra i pazienti con disagio mentale e la comunità dalla quale sono talvolta discriminati promuovendo azioni di inclusione sociale e lotta allo stigma.

IL RAPPORTO TEATRO-SALUTE MENTALE

L'attività di teatro e salute mentale è ormai da più parti riconosciuta avere non solo carattere terapeutico nei confronti dei pazienti, bensì una importante funzione di collegamento con la società, nella creazione di rapporti che consentano un miglioramento delle condizioni di vita, del superamento dei pregiudizi e dello stigma;

L'attività di teatro e salute mentale ha come obiettivi la promozione dell'inclusione sociale quale fattore determinante per il benessere della persona con disagio mentale, la conoscenza e la pratica di forme artistiche che favoriscono la crescita culturale dell'individuo, l'interazione tra le diverse culture e lo sviluppo dei rapporti interpersonali e di lotta allo stigma

IL PROTOCOLLO

Viene sottoscritto un Protocollo d'intesa sull'attività di teatro e salute mentale tra Regione Emilia-Romagna, Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna, Associazione Arte e Salute ONLUS.

La proposta di protocollo d'intesa sull'attività di Teatro e salute mentale prevede il conseguimento delle seguenti finalità:

- a. promuovere il teatro come opportunità di cambiamento, individuando soluzioni e percorsi efficaci per valorizzare le diverse culture, sviluppando l'inclusione sociale, creando nuove opportunità lavorative e riconoscendo la dignità artistica, culturale dell'attività teatrale e la sua importante funzione di collegamento e di riabilitazione nei contesti sociali;
- b. promuovere il processo di affermazione, di crescita artistica e organizzativa e di contatto con un pubblico sempre più grande delle varie compagnie teatrali e dei laboratori nel rispetto dell'autonomia di ogni Azienda USL;
- c. valorizzare e favorire la continuità delle esperienze che, coniugando la produzione artistica e la salute mentale, contrastano l'emarginazione sociale, lo stigma e il pregiudizio nei confronti del disagio mentale e favoriscono lo sviluppo di una nuova cultura di integrazione ed emancipazione;
- d. mettere in rete le molteplici esperienze territoriali, nate sul campo sanitario e culturale, nella formazione degli attori, degli operatori della salute, degli operatori culturali e teatrali, dei volontari e del pubblico;
- e. promuovere la formazione e la produzione teatrale e la circuitazione degli spettacoli, le attività di studio, di ricerca e di valutazione delle esperienze teatrali nel campo della salute mentale, valorizzando il teatro come strumento e veicolo di conoscenza e crescita personale, sia in termini di salute che in termini culturali;
- f. favorire l'ingresso di nuovi soggetti e istituzioni teatrali che operano nel territorio regionale, al fine di allargare la rete dei teatri e stimolare la nascita di nuove esperienze nel campo del teatro e della salute mentale;
- g. ricercare e destinare eventuali risorse, nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie previste per le relative leggi di settore e nel rispetto delle modalità di attuazione ivi previste, per la realizzazione del programma di attività annuale previsto all'art. 2 del protocollo d'intesa, ad integrazione e potenziamento delle risorse assegnate alle singole Aziende USL.

IL TAVOLO TECNICO

Per il perseguimento di tali obiettivi si prevede la costituzione di un tavolo tecnico di rilievo regionale, con scadenza dello stesso al 31/12/2019, con le funzioni descritte all'articolo 2 del Protocollo d'intesa, composto da:

- un rappresentante dell'Assessorato regionale cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità;
- un rappresentante dell'Assessorato politiche per la salute;
- un Direttore dei Dipartimenti Salute Mentale –Dipendenze Patologiche (DSM-DP);
- un rappresentante del Coordinamento Teatro e Salute Mentale;
- un rappresentante del Coordinamento Teatri della Salute.

Saranno inoltre presenti, in virtù dei coordinamenti in essere:

- un rappresentante dell'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna
- un rappresentante di Arte e Salute Onlus

Saranno invitati in rapporto all'oggetto dell'incontro:

- un rappresentante dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale;
- un rappresentante di A.S.Vo.-Volabo;
- un rappresentante del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna;
- un rappresentante della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Ferrara.

Il suddetto tavolo tecnico di rilievo regionale verrà costituito e regolato nel suo funzionamento dal Direttore Generale Cura della persona, Salute e Welfare con propria determina, d'intesa con il Direttore Generale Economia della Conoscenza, del Lavoro e dell'Impresa;

Allegato parte integrante 1

Protocollo d'intesa sull'attività di Teatro e Salute mentale

tra

- Regione Emilia-Romagna (Assessorato politiche per la salute e Assessorato alla cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità),
- Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna,
- Associazione Arte e Salute ONLUS,

Vista la Deliberazione della Giunta regionale n.....del, avente ad oggetto “....”

Premesso che:

l'art. 2 dello Statuto della Regione Emilia-Romagna, che ne ispira l'azione prioritariamente all'attuazione del principio di uguaglianza, di pari dignità delle persone e al superamento degli ostacoli di ordine economico, sociale e territoriale che ne impediscono l'effettiva realizzazione, nonché al rispetto della persona, della sua libertà, della sua integrità fisica e mentale e del suo sviluppo;

il rapporto 2001 dell'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS) sulla salute mentale che, nell'acquisire consapevolezza dell'enorme estensione del fenomeno della sofferenza mentale, denuncia gli ostacoli che impediscono la disponibilità al trattamento rappresentati dallo stigma, dall'esclusione e dalla vergogna;

l'importanza della salute mentale è stata riconosciuta dall'OMS fin dalle sue origini e ciò si rispecchia anche nella definizione di salute nella Costituzione dell'OMS "non solamente l'assenza di malattia o infermità", ma piuttosto "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale";

Visto l'accordo in Conferenza Unificata ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento concernente "linee di indirizzo nazionali per la salute mentale" del 20 marzo 2008, in cui si sottolinea l'importanza di promuovere a salute mentale nella comunità, attivando sul territorio interventi di lotta allo stigma e affermando la centralità svolta dai processi di inclusione sociale e lavorativa dell'utente;

Richiamata la propria deliberazione n. 313 del 23 marzo 2009 con la quale veniva approvato il Piano Attuativo Salute Mentale 2009 – 2011, tuttora vigente e ribadito il tema della lotta allo stigma, promozione e inclusione sociale quale fattore determinante per il benessere della persona con disagio mentale;

Considerato che a livello regionale il progetto “teatro e salute mentale” è stato supportato e finanziato con proprie deliberazioni n. 369/2014 e n. 1257/2015 riconoscendo la valenza del teatro

quale attività dai potenti elementi trasformativi capaci di apportare alla comunità, e quindi non solamente agli utenti coinvolti nelle iniziative, una serie di benefici personali, culturali e sociali;

Viste le leggi regionali :

□□n. 37/94 “Norme in materia di promozione culturale” e ss.mm. in cui si prevede, all’art. 1, che la Regione promuova la produzione, la diffusione e la fruizione di attività culturali e favorisca il più ampio pluralismo delle espressioni e delle iniziative, valorizzando i soggetti che esprimono organizzazione e aggregazione di identità, di valori e di interessi culturali;

□□n. 13/99 “Norme in materia di spettacolo” e ss.mm., che, all’art. 1, riconosce lo spettacolo quale aspetto fondamentale della cultura regionale e mezzo di espressione artistica, di formazione, di promozione culturale, di aggregazione sociale e di sviluppo economico;

Richiamata la propria deliberazione n. 2132/2008 con la quale è stato approvato il Progetto Regionale “Teatro e salute mentale”, destinando apposite risorse finanziarie ad Aziende UsI al fine di portare a sintesi, valorizzare e stabilizzare esperienze, favorire continuità a processi in cui il coniugare la produzione artistica e la salute mentale contrasti l’emarginazione sociale, promuovere una migliore qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari, favorire lo sviluppo di una nuova cultura dell’integrazione ed emancipazione;

Valutato che :

la regione Emilia Romagna, consapevole dell’importanza del teatro come rilevante risorsa in ambito psichiatrico, per le sue funzioni di terapia, socializzazione, formazione e come volano di produzione e cambiamento di cultura, ha approvato con delibera di Giunta del 9/12/2008 (Prog. N . 2132/2008) il progetto regionale “Teatro e salute mentale”, con l’obiettivo di mettere in rete le varie esperienze maturate, di favorire lo scambio di know-how, di offrire opportunità riabilitative e/o professionalizzanti ed interventi di prevenzione primaria attraverso attività di formazione e informazione; nel corso di questi anni a partire dal progetto regionale “Teatro e Salute Mentale”, si è costituito, in seno all’Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna, che ne detiene la rappresentanza, il “Coordinamento Teatro e Salute Mentale” composto dai referenti dei Dipartimenti Salute Mentale –Dipendenze Patologiche (DSM-DP) delle Aziende USL dell’Emilia-Romagna, dall’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e dal Centro Servizi per il volontariato di Bologna VOLABO; Emilia Romagna Teatro Fondazione (ERT), Centro Diego Fabbri, Lenz Fondazione, Teatro Gioco Vita, I Teatri di Reggio Emilia, la Baracca Testoni Ragazzi, Teatro Comunale di Ferrara che da anni collaborano fattivamente con i Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Emilia Romagna, per lo sviluppo del progetto “Teatro e Salute Mentale”, hanno costituito attraverso un protocollo d’intesa, un tavolo denominato “*Teatri della salute*” affidandone il coordinamento e la rappresentanza all’Associazione Arte e Salute ONLUS; le sinergie tra l’Assessorato alla cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità e l’Assessorato alle politiche per la salute della regione Emilia-Romagna, il Coordinamento Teatro e Salute Mentale, i Teatri della Salute, grazie alla collaborazione di singoli artisti e di associazioni culturali di riferimento, hanno permesso di sviluppare attività teatrali destinate ai pazienti psichiatrici e finalizzate al miglioramento del benessere psichico, allo sviluppo di capacità creative ed espressive, alla riacquisizione di autonomia nella sfera della gestione personale, e all’integrazione nell’ambito della famiglia e/o di altro contesto di vita, permettendo nello stesso tempo agli spettacoli prodotti con i pazienti psichiatrici di raggiungere in molti casi, una qualità artistica notevolissima;

l’Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna ha fra le proprie finalità attività di studio, ricerca e formazione nel campo della salute mentale e dell’inclusione sociale. Già nel 2007 ha condotto una ricerca-azione sul teatro nella salute mentale che ha portato alla realizzazione del Seminario formativo “Cultura Teatrale, Salute Mentale e cittadinanza in scena; immagin-azioni a confronto nell’ ARTE della relazione” ed ha proseguito la propria collaborazione nell’ambito del “Coordinamento Teatro e salute mentale”, svolgendo un ruolo di raccordo organizzativo fra i vari DSM-DP dell’Emilia-Romagna;

l'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città metropolitana di Bologna, con nota prot.Pg.25267CI.21.7.2/1/2016 del 9 maggio 2016, ha comunicato la volontà di partecipare allo sviluppo del progetto “teatro e salute mentale” e l'adesione alla sottoscrizione del protocollo;

l'Associazione Arte e Salute ONLUS opera dal 2000 con l'obiettivo di organizzare percorsi alternativi in grado di migliorare, attraverso il lavoro in campo teatrale e nella comunicazione, l'autonomia, la qualità della vita e la contrattualità delle persone che soffrono di disturbi psichiatrici. Tra le iniziative realizzate si evidenziano l'organizzazione nel 2009-2010 dei progetti, finanziati dall'Assessorato alla cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità della regione Emilia Romagna, *"MoviMenti - i teatri della salute"*, che ha consentito la circuitazione degli spettacoli dei DSM-DP nei teatri della regione Emilia Romagna e la realizzazione a Bologna del Festival Teatrale *"Diversamente"*;

L'associazione Arte e Salute ONLUS ha implementato, garantendone il costante aggiornamento, insieme

all'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna, il sito “www.teatralmente.it”

portale di promozione e comunicazione delle iniziative della rete;

Il Centro Servizi per il Volontariato del territorio provinciale di Bologna ha come scopo la valorizzazione del volontariato e sta promuovendo una ricognizione delle organizzazioni che operano nell'ambito della salute mentale e della cultura a livello regionale, in collaborazione con l'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna;

il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna e la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Ferrara sono interessati ad approfondire scientificamente i contenuti terapeutici e riabilitativi e le ricadute sociali in termini di contrasto allo stigma e di inclusione sociale degli interventi teatrali condotti nel campo della salute mentale;

l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale è da tempo interessata a sviluppare una valutazione dell'impatto in termini clinici e sociali delle esperienze teatrali nel campo della salute mentale, sulla quale ha già collaborato fattivamente con i DSM-DP e con l'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna promuovendo e portando a termine una valutazione d'esito applicata al progetto regionale;

Tutto ciò premesso e considerato, tra

- Regione Emilia-Romagna (Assessorato alla cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità, Assessorato politiche per la salute),

- Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna

- Associazione Arte e Salute ONLUS,

di seguito indicate come “le Parti”, convengono quanto segue:

Art. 1 Finalità

Obiettivo generale del presente protocollo è la volontà delle parti di collaborare, ciascuno nel proprio specifico ambito, per:

a. promuovere il teatro come opportunità di cambiamento, individuando soluzioni e percorsi efficaci per valorizzare le diverse culture, sviluppando l'inclusione sociale, creando nuove opportunità lavorative e riconoscendo la dignità artistica, culturale dell'attività teatrale e la sua importante funzione di collegamento e di riabilitazione nei contesti sociali;

b. promuovere il processo di affermazione, di crescita artistica e organizzativa e di contatto con un pubblico sempre più grande delle varie compagnie teatrali e dei laboratori nel rispetto dell'autonomia di ogni Azienda USL;

c. valorizzare e favorire la continuità delle esperienze che, coniugando la produzione artistica e la salute mentale, contrastano l'emarginazione sociale, lo stigma e il pregiudizio nei confronti del disagio mentale e favoriscono lo sviluppo di una nuova cultura di integrazione ed emancipazione;

d. mettere in rete le molteplici esperienze territoriali, nate sul campo sanitario e culturale, nella formazione degli attori, degli operatori della salute, degli operatori culturali e teatrali, dei volontari e del pubblico;

- e. promuovere la formazione e la produzione teatrale e la circuitazione degli spettacoli, le attività di studio, di ricerca e di valutazione delle esperienze teatrali nel campo della salute mentale, valorizzando il teatro come strumento e veicolo di conoscenza e crescita personale, sia in termini di salute che in termini culturali;
- f. favorire l'ingresso di nuovi soggetti e istituzioni teatrali che operano nel territorio regionale, al fine di allargare la rete dei teatri e stimolare la nascita di nuove esperienze nel campo del teatro e della salute mentale;
- g. ricercare e destinare eventuali risorse, nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie previste per le relative leggi di settore e nel rispetto delle modalità di attuazione ivi previste, per la realizzazione del programma di attività annuale previsto all'art. 2 del protocollo d'intesa, ad integrazione e potenziamento delle risorse assegnate alle singole Aziende USL;

Art. 2: Tavolo Tecnico Regionale

Le parti firmatarie si impegnano a costituire un Tavolo tecnico regionale per lo sviluppo del presente Protocollo d'intesa, composto da tutte le parti.

Saranno stabilmente presenti agli incontri del Tavolo tecnico regionale:

- un rappresentante dell'Assessorato regionale cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità;
- un rappresentante dell'Assessorato politiche per la salute;
- un Direttore dei DSM-DP;
- un rappresentante del Coordinamento Teatro e Salute Mentale;
- un rappresentante del Coordinamento Teatri della Salute.

Saranno inoltre presenti, in virtù dei coordinamenti in essere:

- un rappresentante dell'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna
- un rappresentante di Arte e Salute Onlus

Saranno invitati in rapporto all'oggetto dell'incontro: un rappresentante dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale;

- un rappresentante di A.S.Vo.-Volabo;
- un rappresentante del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna;
- un rappresentante della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Ferrara.

Il Tavolo tecnico di rilievo regionale si riunisce, almeno una volta l'anno, e di norma entro il 30 novembre per: valutare l'attività svolta e il raggiungimento degli obiettivi individuati nel Programma per l'anno in corso;

approvare il programma annuale predisposto dall'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna e dall'Associazione Arte e Salute ONLUS;

condividere le informazioni relative alla progettazione delle future attività teatrali e culturali;

- promuovere attività di studio e ricerca;
- individuare forme e modalità di finanziamento dei progetti;
- individuare le modalità di realizzazione del programma annuale.

Art. 3: Impegni della Regione

Per l'attuazione del presente protocollo d'intesa, la Regione Emilia-Romagna, all'interno delle politiche di settore, attraverso l'Assessorato alle politiche per la salute, l'Assessorato alla cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità:

- promuove le attività teatrali presso i cittadini, le istituzioni locali e territoriali, il terzo settore e gli organismi profit e no-profit attraverso i propri canali di comunicazione e informazione;
- favorisce la circuitazione degli spettacoli presso le agenzie culturali, gli enti locali, i teatri;
- collabora per la massima divulgazione e conoscenza del progetto "Teatro e salute mentale", anche mediante l'utilizzo dei propri canali comunicativi e informativi;
- promuove la ricerca, la valutazione e il monitoraggio delle attività teatrali;
- partecipa, con propri rappresentanti, al "Coordinamento Teatro e Salute mentale" e alla rete dei "Teatri della salute";

valorizza il teatro come efficace strumento comunicativo per il superamento del pregiudizio e per l'inclusione sociale e il benessere della cittadinanza.

Art. 4: Impegni dell'Istituzione della Città Metropolitana di Bologna Gian Franco Minguzzi

Per l'attuazione del presente protocollo d'intesa, l'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna in rappresentanza del "Coordinamento Teatro e salute mentale", oltre a collaborare, per quanto di propria competenza, alle attività già riportate nel precedente art. 2, nello specifico:

- a. individua un proprio rappresentante delegato dal Coordinamento a partecipare al Tavolo tecnico regionale;
- b. definisce, nei tempi concordati e in collaborazione con l'Associazione Arte e Salute ONLUS, il programma annuale e i progetti artistici e culturali da presentare al Tavolo tecnico regionale;
- c. gestisce le attività di monitoraggio del progetto "Teatro e salute mentale", in collaborazione con l'Assessorato alle politiche per la salute e collabora all'attività di valutazione condivisa con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale;
- d. promuove il coinvolgimento, a livello locale e regionale, delle associazioni di promozione sociale e del volontariato;
- e. collabora nella ricerca di finanziamenti.

Art. 5: Impegni dell'Associazione Arte e Salute ONLUS

Per l'attuazione del presente protocollo d'intesa, L'Associazione Arte e Salute ONLUS, in rappresentanza della "Rete dei teatri della salute", oltre a collaborare, per quanto di propria competenza, alle attività già riportate nel precedente art.2, nello specifico:

- a. individua un rappresentante delegato dalla Rete dei teatri della salute a partecipare al Tavolo tecnico regionale;
- b. definisce, nei tempi concordati, in collaborazione con l'Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna, il programma annuale da presentare al Tavolo tecnico regionale;
- c. collabora alla realizzazione del programma annuale approvato dal Tavolo tecnico regionale.

Art. 6: Validità e durata del Protocollo d'Intesa

Il presente Protocollo d'intesa è valido a partire dalla data della sua sottoscrizione e fino al 31/12/2019. Ciascuna delle parti potrà porre termine all'intesa prima della sua scadenza sulla base di una comunicazione formale alle altre parti.

Questa forma di disdetta dovrà rispettare un preavviso di almeno sei mesi.

Bologna

Assessorato politiche per la salute

Assessorato alla cultura, politiche giovanili e politiche per la legalità

Istituzione Gian Franco Minguzzi della Città Metropolitana di Bologna

FRIULI V.G.

DPGR 26.9.16, n. 0177/Pres. - Approvazione schema di accordo regionale finalizzato alla partecipazione delle farmacie al programma regionale di screening del carcinoma del colon retto. (BUR n. 40 del 5.10.16)

Note

Viene approvato il testo dell' "Accordo tra Regione, Federfarma FVG e Assofarm per la partecipazione delle farmacie al programma regionale di screening del carcinoma del colon retto", riportato in Allegato A quale parte integrante e sostanziale del presente decreto.

Gli enti coinvolti (AAS3, ASUI di Udine ed EGAS) sono tenuti a procedere agli adempimenti derivanti dall'accordo nel rispetto delle disposizioni in esso contenute e delle indicazioni che

saranno definite dalla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.

LAZIO

DGR 19.7.16, n. 408 - Presa d'atto e autorizzazione all'attuazione dell' "Accordo riguardante le procedure volte a favorire il superamento del precariato del personale dell'ex "Laziosanita' - Agenzia di Sanita' Pubblica (ASP)". (BUR n. 79 del 4.10.16)

Note

Viene preso atto e si autorizza la Direzione Regionale Affari Istituzionali, Personale e Sistemi Informativi all'attuazione dell'allegato "Accordo riguardante le procedure volte a favorire il superamento del precariato del personale dell'ex "Laziosanita' - Agenzia di Sanità Pubblica (ASP)" sottoscritto in data 17 giugno 2016.

Viene dato mandato alla Direzione Regionale Affari Istituzionali, Personale e Sistemi Informativi di procedere alla predisposizione di una nuova "Programmazione del fabbisogno del personale della Giunta regionale del Lazio per il triennio 2016-2018" che, nel rispetto della vigente normativa in materia di facoltà assunzionali, preveda la ripresa e il completamento delle procedure di stabilizzazione del personale ex "Laziosanita' - Agenzia di Sanità Pubblica (ASP)".

Determinazione 23 settembre 2016, n. G10746 - Accredito istituzionale per le attività di Assistenza Domiciliare, di cui al DCA n. 134/2016 – Istituzione Gruppo di Lavoro. . (BUR n. 80 del 6.10.16)

Note

Con il Decreto del Commissario ad acta n. U00134 del 26/04/2016 "Avvio del percorso di accredito istituzionale per le attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per persone non autosufficienti, anche anziane e di Cure palliative domiciliari", è stato, tra l'altro, previsto, al punto 7, che "con atto successivo verranno ridefinite le tariffe per le attività di ADI per persone non autosufficienti, anche anziane e di Cure palliative domiciliari".

Pertanto viene costituito presso la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali un Gruppo di Lavoro per la definizione di Linee guida per l'individuazione degli ulteriori requisiti per l'accredito istituzionale e dei criteri per la definizione delle tariffe, in materia di Assistenza Domiciliare.

composto da:

□□ Dott.ssa Mariadonata Bellentani - Direttore dell'Ufficio II della Direzione generale della Programmazione Sanitaria – Ministero della Salute;

□□ Dott. Pierluigi Bartoletti – M.M.G. – Commissione Regionale degli esperti salute;

□□ Prof. Roberto Bernabei – Professore Ordinario di Medicina Interna e Geriatria, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma;

□□ Dott. Gino Gumirato - Direttore Sociale e della Funzione Territoriale dell'Azienda ULSS n.16 di Padova;

□□ Dott.ssa Pamela Maddaloni – Dirigente dell'Ufficio Requisiti Autorizzativi e di Accredito dell'Area Pianificazione e Controllo strategico, verifiche e accreditamenti – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio;

□□ Dott. Valentino Mantini Dirigente dell'Area Cure Primarie – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio;

□□ Dott. Antonio Mazzarotto – Dirigente dell'Area Politiche per l'inclusione – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio;

□□ Dott. Gianni Vicario – Dirigente dell'Ufficio Programmazione Servizi territoriali e delle Attività distrettuali e Umanizzazione, dell'Area Cure Primarie – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio.

Il Gruppo di Lavoro sarà coordinato dal Dott. Vincenzo Panella Direttore della Direzione Regionale

Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio.

Le funzioni di segreteria saranno svolte dalla Dott.ssa Tiziana Masciulli e dalla Dott.ssa Valeria Fabio, funzionari dell'Area Cure Primarie – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio.

Non sono ammesse deleghe e, per la partecipazione al Gruppo di lavoro, non è previsto alcun compenso.

Il Gruppo di Lavoro potrà avvalersi, di volta in volta, della collaborazione di ulteriori esperti e competenti in materia per la trattazione di argomenti specifici.

Alla conclusione del lavoro del Tavolo tecnico, verrà avviata una fase di consultazione con le Associazioni, di categoria sul documento elaborato dal Tavolo stesso;

L'attività del Gruppo di lavoro dovrà concludersi entro e non oltre la data del 31/12/2016.

Determinazione 27 settembre 2016, n. G10865 - Aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Territoriale Regionale "Testo Unico dicembre 2010 di cui al Decreto Commissariale del 29 marzo 2011 n.U0026 come previsto dallo stesso decreto; recepimento proposte della Commissione Regionale del Farmaco –Co.Re.Fa. (BUR n. 80 del 6.10.16)

Note

I medicinali elencati nella tabella appresso riportata, suddivisi per classificazione ATC (Anatomico Chimico Terapeutica), principi attivi, via e modalità di somministrazione, note prescrittive espresse dalla CoReFa nonché la eventuale presenza del medicinale equivalente contrassegnato con la "G" o del biosimilare contrassegnato dalle lettere "BS", sono inseriti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Territoriale Regionale –PTOTR di cui alla Determinazione G01601 del 24.02.2016.

MARCHE

DGR 12.6.16, n. 1042 - Bando di Ricerca finalizzata anno 2016, ai sensi degli artt. 12 e 12bis del D.Lgs. 502/92 – Progetti presentati dall'INRCA di Ancona soggetti a garanzia di cofinanziamento da parte dei Destinatari Istituzionali della Regione di riferimento.

Note

Vengono accettati i progetti di ricerca proposti dal Destinatario Istituzionale INRCA di Ancona soggetti a cofinanziamento, stabilito nei limiti del 50% delle risorse messe a disposizione dal Ministero della Salute, come specificato nelle tabelle 1 e 2 descritte nel documento istruttorio.

DGR 12.9.16, n. 1071 - Case di Cura private multi specialistiche accreditate della Regione Marche. Intesa con Associazione AIOP e singole Case di Cura sugli aspetti attuativi e gestionali dell'accordo per l'anno 2015 (DGR n. 1109/2015). Approvazione.

Note

Viene approvata e recepita l'Intesa con Associazione AIOP e singole Case di Cura sugli aspetti attuativi e gestionali dell'accordo per l'anno 2015 di cui "Allegato A" il quale forma parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione (a cui si rinvia).

DGR 19.9.16, n. 1090 - Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2016.

PIEMONTE

DGR 19.9.16, n. 29-3944- Revisione della residenzialità psichiatrica. Integrazioni a DGR n. 30 - 1517/2015 e s.m.i. (BUR n. 40 del 6.10.16)

PRESENTAZIONE

La Regione, a conclusione di un complesso iter procedurale e amministrativo, connesso anche a specifiche sentenze del Consiglio di Stato, ha con il presente provvedimento definito la rete dei servizi di residenzialità psichiatrica che, per approfondita analisi della situazione di

bisogno, per la individuazione delle tipologie dedicate, costituisce un indubbio modello di riferimento.

Se ne riporta il testo integrale a fini informativi e formativi.

Note

PREMESSA

Il D.P.R. 7 aprile 1994, di approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996", ha previsto il modello organizzativo dipartimentale individuando le strutture costitutive del Dipartimento di Salute Mentale ed il D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" ha fissato i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, demandando alle Regioni le successive competenze.

Con Delibera del Consiglio Regionale n. 357-1370 del 28.01.1997 recante "Standard strutturali ed organizzativi del dipartimento di salute mentale. Modifica della D.G.R. n. 191-37198 del 17.04.1990 ratificata dal Consiglio Regionale con Deliberazione n. 9-9044 del 29.07.1990 e della D.C.R. n. 245-11504 del 31.07.1986", la Regione Piemonte ha stabilito gli standard strutturali, organizzativi e gestionali del dipartimento di salute mentale e delle strutture psichiatriche territoriali (Comunità Protetta di tipo A e di tipo B, Comunità Alloggio e Centri Diurni), disciplinando gli interventi di tipo economico e gli interventi alternativi al ricovero e all'inserimento in strutture residenziali protette. Detto provvedimento prevedeva altresì la tipologia di struttura denominata "Gruppo Appartamento", (soluzioni abitativa gestita direttamente dal D.S.M.) riservata a pazienti giunti a una fase avanzata del reinserimento sociale per rispondere a specifiche esigenze di residenzialità non basilare, con compartecipazione economica alla gestione degli stessi.

Il D.P.R. 1 novembre 1999, di approvazione del Progetto obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000", ha individuato obiettivi e interventi prioritari precisando i modelli organizzativi e prevedendo specifiche modalità di verifica dei risultati. Ha ribadito, inoltre, lo standard tendenziale di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti, già individuato al precedente Progetto Obiettivo, stabilendo tuttavia una quota aggiuntiva di un secondo posto letto per quelle Regioni con necessità residenziali derivanti dagli ex Ospedali Psichiatrici.

Con deliberazione del Consiglio regionale 22 febbraio 2000, n. 616-3149 (Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. Disposizioni di attuazione), la Regione Piemonte ha approvato i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private nonché i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private e ha definito, inoltre, le procedure ed i tempi per l'adeguamento delle strutture sanitarie pubbliche e private ai requisiti previsti.

Con D.G.R. n. 32-29522 del 01.03.2000 recante "Modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie", la Regione Piemonte ha determinato il proprio fabbisogno territoriale dei posti letto per la salute mentale.

Con Sentenza n. 2531 del 27/04/2005 il T.A.R. Piemonte, annullando parzialmente la DCR n. 357 del 1997, ha sancito la possibilità di gestione dei Gruppi Appartamento e delle Comunità Alloggio, sia da parte dei D.S.M che da parte di soggetti terzi.

Con Deliberazione n. 63-12253 del 28 settembre 2009, la Giunta regionale ha identificato i requisiti e le procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture residenziali e semi-residenziali socio-sanitarie per la salute mentale e per le dipendenze patologiche. Con detto provvedimento la Regione Piemonte ha provveduto ad accreditare istituzionalmente le strutture residenziali e semiresidenziali per la salute mentale Comunità Protette, Comunità Alloggio e Centri Diurni, demandando a successivo provvedimento regionale la disciplina delle modalità autorizzative, di

accreditamento e di vigilanza dei Gruppi Appartamento per pazienti psichiatrici, ad integrazione della D.C.R. n. 357-1370/1997.

Il Piano socio-sanitario regionale 2012-2015, approvato con Delibera del Consiglio regionale 3 aprile 2012, n. 167-14087, stabiliva, con riguardo al tema della salute mentale, la necessità di completare la rete articolata dei servizi residenziali ormai da tempo compresi nel dipartimento di salute mentale, colmando il vuoto legislativo inerente i gruppi appartamento e le strutture afferenti all'area della residenzialità assistita e disciplinandone modalità autorizzative, di vigilanza e di obbligatorio accreditamento.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 24 gennaio 2013, ha approvato il "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" che individua le aree di bisogno prioritarie, i percorsi di cura e le azioni programmatiche di tutela della salute mentale in età adulta, in infanzia e in adolescenza. Il Piano di azioni nazionale prevede, tra i propri obiettivi, di affrontare la tematica della residenzialità psichiatrica proponendo specifiche azioni mirate a differenziare l'offerta di residenzialità in base ai livelli di intensità riabilitativa e assistenziale e promuovendo, all'interno del sistema di offerta dei dipartimenti di salute mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni.

Con deliberazione n. 87- 6289 del 2 agosto 2013, la Giunta regionale ha avviato un percorso programmatico di riorganizzazione della materia, recependo il "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" – Atto rep. N. 4/CU del 24/01/2013, e demandando a successivi provvedimenti della Giunta regionale l'attuazione dei contenuti di cui a tale Accordo, con particolare riguardo alla riorganizzazione dell'assistenza residenziale per i pazienti psichiatrici ed alla definizione dei requisiti strutturali-organizzativi e delle modalità autorizzative, di accreditamento e di vigilanza delle strutture residenziali.

Tale percorso presuppone il superamento della D.C.R. n. 357-1370 del 28 gennaio 1997, ancora funzionale per alcuni aspetti organizzativi e strutturali, ma che è ormai di fatto superata per quanto riguarda le procedure di rilascio dei titoli autorizzativi di talune tipologie di strutture, l'esercizio della funzione di vigilanza, gli interventi di tipo economico (utilizzati in maniera incongrua) la mancata previsione di tariffe giorno/utente, e gli interventi alternativi al ricovero e all'inserimento in strutture residenziali protette (gruppi appartamento e affido familiare).

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 12-6458 del 7 ottobre 2013, e con la successiva D.D. 19 novembre 2013, n. 934, è stata disciplinata l'attività di vigilanza relativa alle strutture per la Salute Mentale e per le Dipendenze Patologiche, definendo un nuovo modello organizzativo di vigilanza per le strutture residenziali e semi residenziali, sanitarie e socio-sanitarie, afferenti all'area della Salute mentale e delle dipendenze patologiche per soggetti adulti e individuando quale soggetto competente ad esercitare la funzione di vigilanza sulle strutture richiamate le Commissioni di Vigilanza per le attività Sanitarie competenti per territorio, integrate da un Dirigente medico del Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) e/o del Servizio per le Dipendenze del Dipartimento di Patologie delle Dipendenze (Ser.D del D.P.D.) e, per le strutture socio-sanitarie, da un componente dei Servizi Socio-Assistenziali. Le Commissioni di Vigilanza sono preposte all'attività di verifica e di controllo dei requisiti strutturali, tecnici, organizzativo-gestionali e della qualità dell'assistenza erogata, nonché di quelli che avevano dato atto all'autorizzazione e all'accreditamento.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 17 ottobre 2013, ha approvato l'Accordo Stato-Regioni elaborato dal gruppo di lavoro GISM-AGENAS denominato "Le strutture residenziali psichiatriche", già recepito dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 13 giugno 2013. Il modello AGENAS-GISM si basa sull'individuazione di tre tipologie di strutture residenziali psichiatriche di differente intensità terapeutico riabilitativa dei programmi attuati e dei livelli di intensità assistenziale, quali:

1. S.R.P.1: Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo;

2. S.R.P.2: Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo;

3. S.R.P.3: Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sotto tipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie.

Con deliberazione del 23 dicembre 2013, n. 260–40596 il Consiglio regionale ha recepito l'Accordo Stato Regioni concernente le strutture residenziali psichiatriche di cui all'alinea precedente, con conseguente revisione, per le parti in contrasto, delle disposizioni di cui alla deliberazione del Consiglio regionale 28 gennaio 1997, n. 357-1370. L'atto demandava altresì a successivi provvedimenti della Giunta regionale, acquisito il parere della commissione consiliare competente, l'attuazione dei contenuti di cui all'Accordo, con particolare riguardo all'adozione del modello residenziale AGENAS-GISM proposto con differenziazione dell'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale finalizzata a migliorare i trattamenti e a ridurre le disomogeneità, procedendo al conseguente adeguamento degli interventi di tipo economico ed alternativi alla residenzialità.

Con D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 sono stati approvati i Programmi Operativi 2013-2015, i quali prevedono al punto 14.4.4 la "Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell'assistenza ai pazienti psichiatrici". I principali obiettivi delle azioni programmatiche sono finalizzati al rispetto delle linee guida definite dal "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale" – atto rep. N.4/CU del 24/01/2013, recepito con D.G.R. n. 87- 6289 del 2 agosto 2013, ovvero:

- riorganizzazione dell'assistenza residenziale ai pazienti psichiatrici per intensità di cura;
- definizione, anche in conformità alle indicazioni di cui all'accordo ed ai documenti attuativi dello stesso, dei requisiti strutturali-organizzativi e delle modalità autorizzative, di accreditamento e di vigilanza sulle strutture residenziali, ovvero, laddove già previsti, l'adeguamento dei relativi atti regionali, la revisione del fabbisogno di posti letto.
- la previsione di un regime tariffario giorno/utente con applicazione dei criteri di compartecipazione alla spesa contenuti nel D.P.C.M. 29/11/2001.

Con la deliberazione n. 30-1517 del 30.06.2015, successivamente modificata ed integrata dalla DGR n. 35-2055 del 1.09.2015, la Giunta regionale, in attuazione di quanto previsto dal PSSR 2012-2015 e dai Programmi Operativi 2013 – 2015, nonché della D.C.R. del 23 dicembre 2013, n. 260 – 40596 di recepimento del modello AGENAS - GISM di revisione della rete residenziale delle strutture per pazienti psichiatrici, ha approvato il documento di "Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria".

Il provvedimento di cui trattasi provvedeva a ricondurre le strutture della residenzialità psichiatrica regionale, di cui alla DCR n. 357-1370 del 28.01.1997, alle tre tipologie previste e disciplinate nell'ambito del modello AGENAS-GISM di cui all'Accordo Stato-Regioni del 17.10.2013; per l'attuazione del provvedimento era prevista una fase transitoria, da concludersi entro la fine di dicembre 2015, nel corso della quale avviare un processo di ricognizione delle caratteristiche dei pazienti inseriti nelle residenze allo scopo di procedere alla determinazione del fabbisogno regionale di offerta di servizi residenziali per la psichiatria e delle modalità per la concessione dell'accreditamento e per la messa a contratto degli enti gestori da attuarsi con decorrenza dall'esercizio 2016.

Con circolare Prot. n. 51907 del 18 agosto 2015 "D.G.R. n. 30-1517 del 3 giugno 2015 Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria: adempimenti", inoltre, si è dato avvio ad una attività di rivalutazione da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale degli utenti presenti nelle strutture residenziali, volta a verificare la coerenza dei livelli di assistenza erogati e delle necessità assistenziali, in relazione all'appropriatezza degli inserimenti in struttura. Oltre a ciò, è stata effettuata una attività di mappatura delle strutture residenziali psichiatriche al fine di avere un quadro completo della realtà piemontese.

Da tale analisi è emerso che:

- al 5 settembre 2015 risultavano accolti presso le strutture residenziali psichiatriche piemontesi 3.000 utenti prevalentemente inseriti presso Gruppi Appartamento e Comunità Protette (di Tipo A e B). Di rilevante importanza, inoltre è al presenza di 522 utenti psichiatrici accolti in RSA anche con età inferiore ai 65 anni;

- gli utenti extra regionali sono pari al 13% del campione analizzato. Questi ultimi, sono prevalentemente accolti presso le Comunità Protette di Tipo A e di tipo B rispettivamente il 37% e il 20% degli utenti ad oggi accolti presso tali strutture;

- gli utenti analizzati, mediante le scale di valutazione psichiatriche, evidenziano prevalentemente esigenze di supporto socio assistenziale piuttosto che sanitario. In particolare, il 39% degli utenti evidenzia esigenze di supporto sanitario, mentre il restante 61% palesa esigenze di supporto socio assistenziale;

- gli utenti non sono accolti sempre nelle strutture più appropriate alle proprie esigenze di supporto assistenziale. Infatti nei Gruppi Appartamento sono presenti utenti con esigenze di supporto sanitario (circa il 24% del totale) nonostante si tratti di una struttura a prevalente vocazione assistenziale. Anche nelle Comunità Protette (di Tipo A e B) circa il 50% dell'utenza palesa esigenze di supporto prevalentemente socio assistenziale, piuttosto che sanitario;

- le strutture residenziali psichiatriche censite sul territorio piemontese sono 431 di cui 345 Gruppi Appartamento, 7 Comunità Protette di Tipo A, 56 Comunità Protette di Tipo B, 22 Comunità Alloggio ed 1 Centro Terapie Psichiatriche;

- il totale dei posti letto delle strutture residenziali psichiatriche censite sul territorio regionale è pari a 2.872. Di questi, ad oggi, ne risultano circa 300 posti letto non occupati.

L'analisi dell'utenza e delle strutture residenziali psichiatriche ha permesso alla Regione di avere un quadro complessivo della realtà psichiatrica piemontese. Ciò, supportato anche da quanto emerso in sede di contenzioso, sia da parte degli enti gestori che degli enti locali, ha permesso di prevedere una revisione della filiera dei servizi della salute mentale anche mediante una parziale revisione delle disposizioni di cui alla DGR n. 30-1517/2015 e s.m.i. finalizzata a:

- inquadrare il riordino dei servizi residenziali psichiatrici in un più generale processo di revisione della rete dei servizi territoriali;

- introdurre elementi di riconversione dell'offerta di servizi residenziali in direzione di un potenziamento dei servizi domiciliari. In tale ambito, la Regione entro un anno dall'entrata in vigore del presente provvedimento, intende promuovere la domiciliarità psichiatrica mediante la revisione e regolamentazione di tale tipologia di intervento;

- cadenzare le tappe del riordino dei servizi residenziali in un percorso temporale sufficiente a consentire la ricollocazione dei pazienti inseriti, la riconversione delle strutture residenziali, la riqualificazione degli operatori in possesso di titoli professionali non corrispondenti;

- avviare un percorso di rafforzamento della governance dei servizi psichiatrici regionali e di monitoraggio della loro attività attraverso l'osservatorio salute mentale a livello regionale e un coordinamento tecnico dei servizi a livello territoriale, organismi incaricati di realizzare strumenti informativi e ottimizzare l'allocazione delle risorse sanità e welfare, allo scopo di garantire equità nell'erogazione dei servizi, definire le migliori strategie e linee di intervento degli stessi e operare le necessarie riconversioni;

- istituire un tavolo di monitoraggio sull'applicazione della delibera rispetto alla salute dei pazienti e anche al sistema tariffario e ai risvolti occupazionali nel settore della residenzialità psichiatrica.

Tale tavolo sarà composto dai soggetti portatori di interessi sul territorio piemontese e sarà istituito entro 90 giorni dalla pubblicazione della delibera

In particolare, tenuto conto di quanto emerso in sede di confronto con tutti i portatori di interesse (Sindacati, Erogatori/Gestori, Direttori Generali-Sanitari e Dipartimenti di Salute Mentale delle A.S.L., ANCI e Comune di Torino), nonché nel corso dei tavoli di discussione nelle sedi istituzionali competenti, si è ritenuto opportuno apportare una serie di integrazioni/modifiche alla citata DGR 30-1517/2015 e s.m.i. di riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria, come di seguito indicato, con la finalità di:

- definire i criteri di accesso alle strutture residenziali psichiatriche basati su una valutazione multidimensionale del bisogno effettuata mediante la somministrazione di apposite Scale di Valutazione psichiatriche, oltre che i relativi tempi di permanenza in struttura e la definizione di un criterio specifico per la valutazione della appropriatezza della permanenza dei pazienti psichiatrici attualmente inseriti in RSA;
- affermare la libertà di scelta del luogo di cura e del diritto a trovare assistenza prioritariamente nel proprio territorio di residenza onde garantire una maggiore qualità dell'assistenza erogata e una migliore continuità terapeutica;
- prevedere un periodo transitorio, della durata di tre anni decorrenti dalla data di adozione del presente provvedimento, per la ricollocazione dei pazienti per i quali è emerso un inserimento inappropriato rispetto alle esigenze di supporto assistenziale palesato;
- prevedere, in sede di adeguamento dell'offerta residenziale al modello AGENAS-GISM, un'articolazione delle strutture riconducibili alla tipologia S.R.P. 2 su due livelli di intensità assistenziale, allo scopo di riportare nell'ambito delle strutture sanitarie Gruppi Appartamento e Comunità Alloggio, con copertura H24, che, indipendentemente dai livelli assistenziali di origine e in possesso dei requisiti soggettivi, organizzativi, gestionali e strutturali previsti per tale tipologia di struttura, alla data del 30 novembre 2015 avevano in carico almeno il 50% dell'utenza con esigenze di supporto sanitario. Eventuali nuovi inserimenti di ospiti con bisogni di tipo sanitario, avvenuti dopo tale data, concorreranno al calcolo della percentuale di cui sopra, previa verifica da parte del DSM inviante;
- rivedere i requisiti gestionali, previsti per le diverse tipologie di strutture residenziali psichiatriche, alla luce dei bisogni assistenziali emersi in sede di valutazione multidimensionale dell'utenza attualmente in carico presso le strutture residenziali psichiatriche;
- rivedere parzialmente i requisiti strutturali delle strutture residenziali psichiatriche, garantendo il possesso dei requisiti funzionali essenziali;
- introdurre una logica di budget dei servizi territoriali psichiatrici affidato ai Dipartimenti di Salute Mentale che andrà a regime di pari passo con il percorso di ricollocazione dell'utenza di durata pari a tre anni dall'entrata in vigore del presente provvedimento;
- avviare un percorso di autorizzazione e accreditamento per le strutture residenziali psichiatriche censite durante l'attività istruttoria;
- prevedere la definizione di uno strumento omogeneo regionale che permetta l'analisi della capacità contributiva dell'utente mediante l'applicazione omogenea dell'ISEE;
- demandare alle A.S.L., considerata l'indifferibilità attuativa del presente provvedimento, l'attività di verifica sulla rispondenza dei requisiti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento di tutte le strutture normate dal presente provvedimento;
- prevedere un sistema tariffario unico regionale, considerando in sede di determinazione delle tariffe i costi di funzionamento rilevati dagli enti gestori ed i valori contrattuali per figura professionale applicati a livello nazionale;
- prevedere talune modifiche/integrazioni riguardo alle figure professionali che possono concorrere agli standard gestionali definiti per le strutture residenziali psichiatriche;
- ritenere necessario implementare un flusso informativo, nell'ambito del sistema già presente sul territorio piemontese e in uso presso i D.S.M. (Sistema informativo Salute Mentale Aziende Sanitarie SI.S.M.A.S), per la raccolta, l'elaborazione e l'archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito. Al tal proposito, si ritiene necessario che tutte le aziende del territorio piemontese debbano dotarsi del Sistema informativo Salute Mentale Aziende Sanitarie SI.S.M.A.S..

La ricognizione effettuata mediante la circolare Prot. n. 51907 del 18 agosto 2015 ha, inoltre, evidenziato l'esistenza, sul territorio regionale, di esperienze di *Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA)*, presenti in modo particolarmente sviluppato e significativo nella A.S.L. TO3.

Per *Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti (IESA)* si intende l'integrazione di persone maggiorenni in stato di temporanea o cronica difficoltà dovuto a ragioni di tipo psichico e/o fisico,

presso l'abitazione di volontari. Gli ospiti vengono coinvolti in tutte le attività inerenti la quotidianità del nucleo familiare ospitante. La convivenza si avvale del supporto continuativo offerto da un team di professionisti appositamente formati (pronta disponibilità telefonica 24/7). E' inoltre previsto per i volontari ospitanti un rimborso forfettario delle spese sostenute per l'accoglienza, corrisposto direttamente dal paziente ed eventualmente integrato dai Servizi Sanitari e/o Socio-Assistenziali, attraverso l'erogazione di un assegno terapeutico o simile. Tali aspetti sono definiti e sottoscritti da un apposito contratto che vede coinvolte le tre parti interessate dal progetto: il paziente, il volontario ospitante, l'A.S.L.

Lo IESA si configura come una modalità abitativa alternativa al ricovero in istituzioni chiuse e complementare ad altre soluzioni territoriali, dove la famiglia assume la valenza di ambiente terapeutico riabilitativo e risocializzante.

I principali vantaggi di tale proposta di cura risultano essere: un aumento della qualità della vita percepita dal soggetto, il miglioramento della sintomatologia, la riduzione dei ricoveri ospedalieri ed il contenimento dei costi per la residenzialità (con la spesa necessaria per un inserimento in Comunità è possibile finanziare sino a quattro progetti IESA).

Sebbene lo IESA sia genericamente ricondotto a un'utenza di tipo psichiatrico e nasca storicamente sul territorio piemontese come strumento di de-istituzionalizzazione durante la fase di chiusura degli Ospedali Psichiatrici, vi sono esperienze incoraggianti rivolte anche a persone in carico ad altre aree specialistiche (disabilità, anziani non autosufficienti, oncologia, dipendenze, demenze ecc.).

Per tutti questi motivi si ritiene utile e opportuno prevedere la possibilità che l'offerta di funzioni di IESA venga estesa a tutto il territorio regionale incaricando il servizio IESA del DSM della A.S.L. TO3 di svolgere la funzione di Centro Esperto per questa funzione e delegando la Direzione regionale Sanità (Settore assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale) di adottare, con propri provvedimenti, uno specifico programma regionale in materia.

Il programma dovrà regolamentare il funzionamento del servizio elaborando indicazioni riguardanti le Linee guida e i protocolli operativi, il Contratto per la convivenza e la Modulistica specifica.

Le attività del programma regionale comprenderanno:

- campagne di pubblicizzazione del servizio finalizzate alla diffusione di una cultura dell'accoglienza e al reclutamento di famiglie e singoli volontari da selezionare.
- percorso di selezione per le famiglie volontarie sulla base di apposito protocollo con almeno 2 colloqui di approfondimento e 1 accurata visita domiciliare.
- percorso di formazione dei volontari organizzato dai servizi IESA sulla base dei programmi approvati dal Nucleo Regionale di Accreditamento Processuale per i nascenti servizi IESA.
- percorso di selezione dei pazienti candidati sulla base di apposito protocollo con almeno 2 colloqui di approfondimento e riunioni con invianti.
- percorso di abbinamento attraverso una accurata valutazione delle caratteristiche delle parti coinvolte e delle esigenze terapeutiche e riabilitative del soggetto.
- avviamento della convivenza supportata (IESA Full Time) o del progetto di frequentazione a tempo parziale (IESA Part Time) e sua gestione finalizzata al raggiungimento degli obiettivi terapeutici e riabilitativi specifici. Ogni volontario potrà accogliere 1 solo paziente. In casi straordinari, dettati da motivate esigenze terapeutiche o esistenziali, il numero di ospiti può salire a 2 (fanno eccezione gli inserimenti in case famiglia e fattorie sociali, i quali si riferiscono alle normative specifiche vigenti relative a tali ambiti)

La vigilanza strutturale e gestionale dei singoli Servizi IESA sarà a carico delle corrispondenti AA.SS.LL. come previsto dalla D.G.R. n.12 - 6458 del 7 ottobre 2013.

Viene ritenuto di recepire quanto richiamato nel Verbale relativo alla riunione di verifica degli adempimenti regionali del 20 novembre 2014, in cui Tavolo e Comitato relativamente all'erogazione dei servizi di assistenza socio-sanitaria, definiscono che "sarà necessaria una messa a regime della trattazione contabile degli oneri relativi ad assistenza non sanitaria nel senso che gli stessi devono essere specificatamente individuati, coperti e messi a carico (fatturati) degli enti non

sanitari che sono responsabili dell'erogazione di tali prestazioni. La messa a regime di tale disposizione avverrà al termine della fase transitoria. La Direzione Sanità disciplinerà, nel frattempo con proprio atto, le modalità di fatturazione delle prestazioni residenziali oggetto del presente provvedimento.

Viene ribadito che gli attuali meccanismi utilizzati per quantificare la quota a carico del cittadino/utente rimangono invariati sino alla definitiva approvazione di un provvedimento che definirà, di concerto con ANCI, uno strumento regionale che tenendo conto della particolare fragilità dei nuclei famigliari dei pazienti in carico ai servizi di salute mentale sia finalizzato all'analisi della capacità contributiva mediante l'applicazione omogenea dell'ISEE.

Viene precisato che, sino a quando la Regione Piemonte sarà sottoposta al Piano di rientro dal debito sanitario, tutti i costi relativi ai servizi residenziali psichiatrici, oggetto del presente provvedimento, saranno coperti con le risorse del fondo sanitario nazionale per la componente sanitaria e con altre risorse del bilancio regionale per la componente socio assistenziale, così come previsto dal disegno di legge regionale n. 222 "Assestamento del bilancio di previsione finanziario 2016-2018 e disposizioni finanziarie" presentato in data 9 settembre 2016.

Successivamente all'uscita dal Piano di rientro sarà avviato un processo normativo regionale per la creazione di regole e strumenti finanziari a sostegno dell'integrazione socio sanitaria, che consentano la erogazione di servizi integrati e di ridurre l'impatto economico sulle famiglie degli assistiti.

In relazione alla Considerata la sentenza del Consiglio di Stato in adunanza plenaria n.3/2012 dove viene ribadito che: "... Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario sia svolta nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni".

Le Aziende rientranti nel perimetro di consolidamento del S.S.R., devono assicurare il rispetto dei restanti obiettivi di razionalizzazione della spesa richiamati dal PO 2013-2015 e da successivi atti regionali vigenti, al fine di conseguire un risultato di sostanziale pareggio dei bilanci d'esercizio anche con riferimento ai principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 recante "Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale" e la legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all'art. 9.

LA DISPOSIZIONE

Viene disposta la revisione del sistema dei servizi residenziali per la psichiatria, così come descritta e disciplinata negli elencati allegati che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- a. Allegato A - Piano di azione per la salute mentale in Piemonte. Tale allegato riporta il percorso, oltre che le relative azioni, che la Regione Piemonte intende intraprendere per l'attuazione del Piano di azione per la salute mentale sul proprio territorio regionale anche in coerenza con quanto definito a livello nazionale;
- b. Allegato B - Revisione della residenzialità psichiatrica. Tale allegato riporta in dettaglio la manovra di revisione della residenzialità psichiatrica piemontese con la finalità di adeguare la realtà esistente a quanto definito dal modello AGENAS – GISM. In particolare, tale documento disciplina vari ambiti tra cui i criteri e le modalità di accesso, i requisiti per l'esercizio e l'accreditamento, le tariffe per le diverse tipologie di strutture residenziali psichiatriche (S.R.P.1, S.R.P.2 (livello 1 e livello 2), S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), oltre che il fabbisogno regionale stabilito in base alla istruttoria avviata in attuazione della DGR 30 – 1517/2015 e la funzione di vigilanza e controllo
- c. Allegato C - Scale di valutazione. Tale allegato riporta il dettaglio delle Scale di Valutazione psichiatriche da utilizzare per la valutazione multidimensionale del bisogno degli utenti che hanno accesso presso le strutture residenziali psichiatriche;

d. Allegato D - Analisi della residenzialità psichiatrica in Piemonte. Tale allegato raccoglie in dettaglio le evidenze emerse dall'attività di istruttoria avviata con la circolare Prot. 51907 del 18 agosto 2015 in cui, mediante la somministrazione di apposite schede, la Regione è riuscita a disegnare un quadro esaustivo della realtà residenziale psichiatrica sul territorio piemontese. In particolare l'analisi riporta il dettaglio sia delle evidenze emerse dall'analisi dell'utenza in carico presso le strutture residenziali psichiatriche, sia un approfondimento sulle strutture stesse.

Le disposizioni del presente provvedimento integrano o sostituiscono, limitatamente alle parti in contrasto, i requisiti specifici di esercizio e di accreditamento già previsti dalle D.G.R. relative alle singole forme di residenzialità psichiatrica.

Per l'attuazione del riordino oggetto del presente provvedimento, si prevede una fase transitoria che si concluderà entro tre anni dall'emanazione del presente provvedimento e una fase di messa a regime che avrà avvio al termine della fase transitoria;

Allegato A – Piano di azione per la salute mentale in Piemonte

Con la DGR 30 dicembre 2013, n. 25 - 6992 (Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012) la Regione Piemonte ha assunto l'impegno di realizzare, nell'arco di un triennio, le seguenti azioni:

Riorganizzazione dell'assistenza residenziale ai pazienti psichiatrici per intensità di cura;

- Definizione, anche in conformità alle indicazioni di cui all'accordo ed ai documenti attuativi dello stesso, dei requisiti strutturali - organizzativi e delle modalità autorizzative, di accreditamento e di vigilanza sulle strutture residenziali, ovvero, laddove già previsti, l'adeguamento dei relativi atti regionali, la revisione del fabbisogno di posti letto e determinazione delle tariffe nell'ambito della salute mentale.

Il percorso di attuazione delle azioni concordate era così stabilito:

- Delibera di Giunta per disciplinare gli attuali gruppi appartamento (come dal citato documento AGENAS - GISM del 25/03/2013) in Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi, suddivise in 3 tipologie a bassa intensità assistenziale, con definizione dei requisiti autorizzativi, di vigilanza e tariffa giorno/utente con applicazione del DPCM 29/11/2001, entro febbraio 2014;

- Delibera di Giunta sul fabbisogno regionale e aziendale di posti letto suddiviso per tipologia di struttura. Solo successivamente una D.G.R. con i requisiti di accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche per interventi socio riabilitativi (ex gruppi appartamento), tra il giugno 2014 e il dicembre 2014;

In seguito provvedimenti regionali finalizzati ad un generale riordino della materia, al miglioramento dei trattamenti e alla riduzione delle disomogeneità (definizione delle tariffe per le altre tipologie di strutture, obbligo di inserimento esclusivamente in strutture autorizzate ed accreditate e riservate ai soli pazienti psichiatrici, tempi di permanenza in struttura, inserimento dei pazienti in strutture nel territorio delle ASL di residenza);

- Adempimento Lea aab) Acquisizione dati relativi all'assistenza per salute mentale NSIS – SISM, entro il 31/12/2013;

- Riconversione di almeno il 10% dei posti letto in strutture residenziali per pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare, entro il 31/12/2014;

- Riconversione di almeno il 20% dei posti letto in strutture residenziali per pazienti psichiatrici in assistenza domiciliare, entro il 31/12/2015.

La Dgr 3 giugno 2015, n. 30 - 1517, per mitigare la rigidità e l'ineluttabilità del percorso di riordino

progettato dai Programmi Operativi, ha previsto un processo di ricognizione delle caratteristiche dei pazienti inseriti nelle residenze da utilizzare per la definizione dei fabbisogni e per avviare, accanto alla riconversione delle strutture, anche un processo di ricollocazione più appropriata dei pazienti.

Le informazioni prodotte dal lavoro di ricognizione sulle caratteristiche delle strutture residenziali e sui bisogni dei pazienti ricoverati hanno fatto emergere alcune criticità che possono essere così sintetizzate:

- presenza di un elevato numero di pazienti inseriti in modo non appropriato al loro livello di bisogno (pazienti autosufficienti inseriti in RSA, pazienti cronici ricoverati da lungo tempo in strutture riabilitative, elevato numero di pazienti residenti in altre regioni);
- presenza di residenze con caratteristiche strutturali e funzionali non corrispondenti al livello di classificazione cui sarebbero destinate in base al provvedimento di riordino (in particolare nell'ambito dei cosiddetti gruppi appartamento).

La ricognizione ha confermato che l'offerta complessiva di servizi residenziali psichiatrici è elevata e il loro utilizzo presenta ampie differenze territoriali che non appaiono giustificate da corrispondenti differenze di fabbisogno.

Nel territorio regionale sono, inoltre, ancora presenti numerose strutture private di tipo neuropsichiatrico che, pur rivestendo natura di tipo ospedaliero post acuta, svolgono attività di ricovero e riabilitazione di pazienti parzialmente sovrapponibile a quella svolta nelle strutture psichiatriche residenziali contribuendo a rendere l'offerta psichiatrica residenziale della regione complessivamente molto elevata.

Le criticità e i rilievi evidenziati indicano la necessità di affiancare agli interventi specifici di riordino della residenzialità (fabbisogno, accreditamento e sistema tariffario) una più complessiva azione di ricollocazione dei pazienti (per migliorare l'appropriatezza d'uso delle strutture esistenti), di ridefinizione delle strutture (per ricomprendere le fattispecie non previste) e di riconversione delle strutture (per commisurare l'offerta al bisogno e ridurre le differenze territoriali).

Tale complicato processo di riordino costituisce un'occasione per riflettere sulla salute prodotta dall'attuale modello di organizzazione (in termini di autonomia, dignità, inclusione sociale, costi, sofferenza, ecc.) e per vedere se possono essere progettati dei cambiamenti utili per migliorare l'esito prodotto dal nostro sistema di cure.

In questa prospettiva va interpretata anche la costituzione, stabilita dalla DGR 26 - 1653 del 29/06/2015 di un Osservatorio della Salute Mentale integrato con l'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (OED).

Lo scopo fondamentale sarà quello di riuscire a inserire il paradigma della salute (mentale) in tutte le azioni da progettare. Utilizzare la salute come riferimento, come metro di misura, per stabilire l'efficacia e anche l'efficienza delle azioni volte a promuovere e tutelare la salute mentale. Non un osservatorio sulla psichiatria (o sulle altre singole discipline mediche) ma un vero osservatorio della salute mentale.

Un Osservatorio capace di affrontare temi che non rientrano nel perimetro tradizionale dei servizi psichiatrici (l'enorme consumo di farmaci antidepressivi e di ricoveri con diagnosi psichiatrica). Un luogo di pensiero capace di avvicinare competenze professionali e interessi scientifici diversi per affrontare insieme un grande problema di salute.

Un centro dedicato in primo luogo alla prevenzione e promozione della salute mentale, attività che discendono direttamente dalla identificazione dei problemi di salute e dalla ricerca di soluzioni basate sulle evidenze scientifiche.

Un centro dedicato alla elaborazione di immagini epidemiologiche e di uso dei servizi (relativamente alla salute mentale intesa nel senso ampio) a partire dai dati correnti e da attività di ricerca di interesse pubblico e che utilizzi i dati prodotti per promuovere un confronto con i servizi al fine di migliorare la qualità, l'appropriatezza a sostegno della programmazione regionale in quest'ambito

La DGR 26 - 1653 del 29/06/2015 ha previsto una riorganizzazione dei DSM: in molte aree del Piemonte è stabilito l'obiettivo di riunificare i servizi psichiatrici in pochi grandi dipartimenti.

Anche questo processo può essere occasione per progettare nuovi contenitori organizzativi discutendo prima approfonditamente sulla funzione che dovranno svolgere. Un tale percorso

porterebbe sia a rafforzare leadership e governance dei servizi di salute mentale sia a realizzare servizi più comprensivi e integrati.

Inoltre l'attuale contingenza economica, e le regole vigenti, hanno generato una sorta di "sistema chiuso" per il quale è irrealistico pensare all'arrivo, nel breve periodo, di nuove risorse e di nuove energie.

E' perciò necessario porre il problema di come riconvertire quelle disponibili. L'impiego di quantità così elevate di residenzialità psichiatrica comporta anche l'impiego di elevate quantità di risorse economiche che potrebbero, forse, essere destinate al potenziamento dei servizi oppure per organizzare la risposta a nuove domande di cura.

Le informazioni epidemiologiche disponibili, e quelle raccolte durante il percorso di riordino della residenzialità, hanno anche evidenziato le grandi differenze territoriali esistenti in regione, cui consegue un grande problema di equità che impone di affrontare il tema della riconversione su scala regionale e non all'interno di ciascuna area territoriale.

Infine anche i problemi emersi nel corso dell'ultimo anno (il processo di superamento degli OPG, il tema della violenza, del trattamento senza consenso e dei TSO) propongono tutti aspetti valoriali e di principio che impongono una riflessione. Temi che non possono essere affrontati in base a una presunta asetticità delle regole e delle procedure.

Per questo è parso necessario avviare, in Piemonte, un percorso di elaborazione di un Piano d'Azione per la Salute Mentale (PASM) e per stimolare il mondo politico, quello professionale, i soggetti economici collegati, i pazienti, le famiglie, i cittadini a riflettere sulla necessità di decidere in modo esplicito e, quanto più possibilmente condiviso, il futuro della salute mentale nel nostro territorio.

Le quattro azioni proposte dal *Piano d'Azione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità* paiono tutte necessarie anche per il Piemonte:

1. rafforzare la leadership e la governance in salute mentale;
2. fornire servizi di salute mentale e di supporto sociale comprensivi, integrati e capaci di rispondere a livello territoriale;
3. progettare e realizzare strategie di prevenzione e promozione della salute mentale;
4. rafforzare i sistemi informativi, le evidenze scientifiche e la ricerca nel campo della salute mentale.

La presente proposta, quindi, traccia le linee di fondo (e il percorso per la scrittura) di un *Piano d'Azione per la Salute Mentale in Piemonte* che consentirà di inquadrare tutte le azioni dei prossimi mesi in un contesto organico:

- il completamento del sistema informativo e l'avvio dell'osservatorio sulla salute mentale;
- il riordino della residenzialità (e il potenziamento della domiciliarità);
- la riorganizzazione dei servizi di salute mentale e la creazione di strumenti di governo innovativi.

Il percorso del Piano d'Azione Nazionale per la Salute Mentale, all'interno della cornice delineata alle indicazioni nazionali e internazionali, prevede quattro fasi di lavoro

- I. Conoscitiva e propositiva;
- II. La costruzione del Piano con i soggetti coinvolti;
- III. La traduzione in termini operativi degli interventi previsti dal Piano;
- IV. La valutazione della bontà degli interventi previsti dal Piano.

Il percorso ipotizza quindi i temi su cui iniziare a lavorare:

A. IL CONTESTO

1. Gli obiettivi del Piano d'Azione Regionale per la Salute Mentale: Individuare i bisogni, Valorizzare le buone pratiche, Integrare i soggetti che concorrono alla tutela della salute, Responsabilizzare i servizi psichiatrici sui percorsi di cura dei pazienti, Riquilibrare le strutture psichiatriche per rispondere in modo più efficace ai bisogni degli utenti, Investire percorsi di formazione degli operatori dei Servizi Psichiatrici;
2. I riferimenti internazionali e nazionali - Gli obiettivi dell'OMS sulla Salute Mentale, da concretizzare in Piemonte si racchiudono in un'esortazione: rafforzare la leadership e la governance

in salute mentale, attraverso servizi di salute mentale e di supporto sociale comprensivi, integrati e capaci di risposta a livello territoriale, strategie di promozione e prevenzione in salute mentale, rafforzando i Sistemi Informativi, le evidenze scientifiche e la ricerca nel campo della salute mentale;

3. Il Perimetro - Serve una visione “di sistema”: Salute mentale, psichiatria e servizi: la risposta ai bisogni di Salute Mentale non può essere trovata solo nell’ambito sanitario, ma deve anche coinvolgere il contesto sociale, scolastico, lavorativo; in questo senso, serve un’attenzione ai processi di cura piuttosto che alla dimensione strutturale;

4. Gli operatori della salute mentale – Dagli operatori dipende in buona parte la qualità dei servizi psichiatrici: formulare una strategia che identifichi le lacune, specifichi i bisogni, il fabbisogno formativo e le competenze di base necessarie per gli operatori sanitari in tale campo;

5. Le risorse disponibili - Occorre censire e metterle insieme: l’Osservatorio per la Salute Mentale e i dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale, le risorse documentali disponibili nella biblioteca virtuale della sanità piemontese, un Glossario della salute mentale per capirsi tra soggetti e enti differenti, ricostruiamo e governiamo le risorse finanziarie messe a disposizione per la salute mentale;

6. Collaborazione degli stakeholders: mobilitare e coinvolgere tutti i portatori di interesse, a partire dalle persone con disturbo mentale, includendo familiari e carer, Enti pubblici.

B. TEMI, ATTORI E ALLEANZE

7. Prevenzione e Promozione della Salute: Favorire Interventi e Azioni preventive integrando le risorse territoriali, coinvolgendo società civile, famiglie e utenti. Problematiche inerenti l’area giovanile, l’inserimento lavorativo, il lavoro di rete con i familiari e i pazienti attivi, i disturbi emotivi comuni, i disturbi alimentari, quelli post parto. Misure di promozione della salute mentale si sono dimostrate efficaci anche in termini di costi;

8. I percorsi di salute mentale: prestazioni commisurate ai bisogni - I percorsi di cura per livelli di intensità assistenziale (Stepped Care): Dalla logica dei contenitori e dei luoghi a quella sui percorsi di cura, basati sui Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati;

9. Presidiare il disagio mentale agli esordi – Attraverso iniziative progettuali innovative: Gestione Integrata degli specialisti con le Cure Primarie e Medicina Collaborativa;

10. Nuove prospettive della residenzialità psichiatrica - I percorsi di residenzialità leggera sostegno dell’autonomia; deistituzionalizzazione e creazione di servizi di salute mentale territoriali - Centralità dell’assistenza sanitaria primaria;

11. Il processo di superamento degli OPG: completare il progetto di rete regionale dedicata ai pazienti psichiatrici autori di reato sostenendo gli interventi alternativi al ricorso a strutture di tipo detentivo.

12. Integrazione socio sanitaria e budget di salute - Partiamo dai soggetti in carico per definire le risorse necessarie.

C. I RISULTATI

13. L’innovazione dei servizi: Proporre e sostenere programmi qualificanti: contenere la contenzione, modelli organizzativi per la gestione delle urgenze in psichiatria;

14. Percorsi di guarigione (recovery);

15. Gli strumenti di valutazione del PASM: Governare e monitorare la riorganizzazione dei servizi.

Allegato B – Revisione della residenzialità psichiatrica

Premessa generale

La DGR 30 – 1517 del 3 giugno 2015 “*Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria*” è stata emanata con l’obiettivo di dare attuazione a quanto previsto dai “Programmi Operativi 2013 – 2015” ed in particolare dall’azione 14.4.4 “*Riorganizzazione, riqualificazione e implementazione dell’assistenza ai pazienti psichiatrici*”, nella quale veniva esplicitata la necessità di rivisitare l’intera rete residenziale, con una ridefinizione dei posti letto sul territorio e contestuale redistribuzione omogenea degli stessi, adeguando di conseguenza gli atti regionali di disciplina al

modello AGENAS - GISM, già recepito dalla Regione stessa con D.C.R. n. 260 – 40596 del 23 dicembre 2013. La successiva D.G.R. n. 35 - 2055 del 1° settembre 2015 ha stabilito che successivamente all'analisi della domanda e dell'offerta dei posti letto residenziali ed alla definizione dei fabbisogni regionali per l'area della salute mentale, la Regione avrebbe emanato un provvedimento per il rilascio dei titoli di accreditamento per un numero di strutture funzionale con la programmazione regionale.

La DGR n. 30 – 1517/2015 prevedeva inoltre una fase transitoria avviata con la Circolare Prot. n. 51907 del 18 agosto 2015 “D.G.R. n. 30-1517 del 3 giugno 2015 Riordino della rete dei servizi residenziali della psichiatria: adempimenti”, finalizzata anche ad una attività di rivalutazione da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale (di seguito D.S.M) degli utenti presenti nelle strutture residenziali, volta a verificare la coerenza dei livelli di assistenza erogati e delle necessità assistenziali, in relazione all'appropriatezza degli inserimenti in struttura. Oltre a ciò è stata effettuata una attività di ricognizione delle strutture residenziali psichiatriche presenti sul territorio al fine di comprenderne le caratteristiche strutturali, gestionali, le tariffe applicate, oltre che un focus sul personale impiegato.

Dall'analisi della scheda “*Elenco Pazienti*” al 5 settembre 2015, risultavano stabilmente accolti nelle strutture residenziali psichiatriche piemontesi 3.000 utenti di cui circa il 68% distribuiti prevalentemente in Gruppi Appartamento e Comunità Protette (di Tipo A e B), mentre il 17% in RSA e il 6% in Comunità Alloggio. Il restante 9%, invece, risultava accolto in strutture classificate con “Altro” in cui rientrano: Strutture per minori, SRLA, RAF, etc. Questo primo quadro d'insieme dell'utenza è stato poi supportato da un'analisi più approfondita della stessa al fine di comprenderne le caratteristiche peculiari e la reale esigenza di supporto assistenziale.

Quest'ultima, in particolare è stata indagata mediante l'analisi della “*Scheda valutazione multidimensionale*”. L'analisi si è focalizzata, in particolar modo sulla dimensione clinica degli utenti, al fine di comprenderne l'effettivo fabbisogno assistenziale palesato, mediante le scale di valutazione somministrate con la suddetta scheda di valutazione, rispetto alla tipologia di struttura presso la quale questi ultimi sono accolti, al fine di comprenderne l'appropriatezza dell'inserimento. L'analisi clinica, come dettagliato nel “*Allegato D - Analisi della residenzialità psichiatrica in Piemonte*” e richiamato nel paragrafo “*Accesso, valutazione multidimensionale del bisogno*” del presente provvedimento, è stata svolta mediante l'analisi degli esiti emersi dalla somministrazione delle scale di valutazione GAF (Global Assessment of Functioning) e HoNOS (Health of Nation Outcome Scale). In particolare, i risultati emersi da ciascuna scala sono stati combinati mediante la creazione di un algoritmo che ha permesso di far emergere la reale esigenza di supporto dell'utente (sanitaria o socioassistenziale). Da tale analisi, pertanto, è emerso che il 39% dei pazienti piemontesi attualmente accolti in strutture residenziali psichiatriche ha necessità di un supporto sanitario, mentre il restante 61% presenta necessità riferibili all'area socio assistenziale.

Nel dettaglio tale analisi ha permesso di evidenziare alcuni fenomeni particolarmente rilevanti, ossia la presenza di:

- ***pazienti con esigenze di supporto sanitario anche in strutture socio assistenziali e socio riabilitative come i Gruppi Appartamento e le Comunità Alloggio:*** dall'analisi è emerso che circa il 24% degli utenti accolti nei Gruppi Appartamento presentano esigenze di supporto sanitario, mentre tale dato è maggiore nelle Comunità Alloggio dove il valore si attesta intorno al 47%;

- ***pazienti con esigenze di supporto prettamente socioassistenziale in strutture sanitarie, come le Comunità Protette di Tipo A e B:*** dall'analisi è emerso che nelle Comunità Protette di Tipo A e B, circa il 50% dell'utenza accolta presenta un'esigenza di supporto prevalentemente socio assistenziale;

- ***pazienti psichiatrici in strutture non dedicate ad accogliere tale tipologia di utenza, come nel caso delle RSA:*** dall'analisi del “*Elenco pazienti*” è emerso che 522 utenti sono inseriti dai Centri di Salute Mentale (di seguito C.S.M.) in RSA; dall'analisi delle schede pazienti circa il 50% ha esigenze di supporto socio assistenziale.

Sul versante invece delle strutture, mediante l'analisi della "Scheda struttura", al 30 settembre 2015 sono state censite un totale di 431 strutture aventi diritto a presentare istanza, comprensive delle strutture attualmente accreditate ai registri regionali, (Gruppi Appartamento, Comunità Protette (di Tipo A e B), Comunità Alloggio e Centro di Terapie Psichiatriche), per relativi 2.872 posti letto. Di questi, 2.548 risultavano stabilmente occupati ed in particolar modo circa il 13% da pazienti inseriti da C.S.M. di altre Regioni. Oltre a ciò, come già evidenziato nella stessa DGR n. 30-1517/2015 e nella rilevazione dell'elenco pazienti di cui sopra, è emerso che circa il 26% dei pazienti inseriti dai C.S.M. è all'interno di strutture non deputate alla cura del disagio psichico, in particolare riservate ad accogliere anziani e disabili.

Il dettaglio dell'attività di istruttoria svolta in attuazione della DGR 30 -1517/2015 e della Circolare Prot. n. 51907 del 18 agosto 2015, è dettagliata nel "Allegato D - Analisi della residenzialità psichiatrica in Piemonte" del presente provvedimento.

Entrambe le attività svolte, ossia la rivalutazione degli utenti e la ricognizione delle strutture attive sul territorio, hanno permesso alla Direzione Sanità di avere un quadro esaustivo della residenzialità psichiatrica piemontese; ciò al fine di attuare una riorganizzazione della filiera dei servizi per la salute mentale che, in accordo con quanto definito dalle delibere di riordino e dal modello AGENAS GISM, riesca a conciliare al meglio le diverse necessità esistenti tra il benessere dei pazienti, l'erogazione delle prestazioni, le necessità di programmazione regionale, l'applicazione delle percentuali di compartecipazione previste dal D.P.C.M. 2001, le esigenze di bilancio, nonché le indicazioni ministeriali.

In tale ottica, e in attuazione di quanto definito dalla DGR 30 - 1517/2015, ossia la necessità di adeguare l'offerta residenziale presente sul territorio piemontese con il modello AGENAS - GISM, è stata rivista l'organizzazione dei servizi residenziali psichiatrici, che prevede un assetto di tale tipo:

- **S.R.P.1 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo:** tali strutture accoglieranno pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, la cui condizione è riconducibile alla tipologia di pazienti in fase sub acuta o iniziale del progetto riabilitativo indicata dalla D.C.R. n. 357-1370 del 28 gennaio 1997 per gli inserimenti nelle Comunità Protette di Tipo A e nel Centro di Terapie Psichiatriche;

- **S.R.P.2 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo:** tali strutture accoglieranno pazienti con compromissione del funzionamento personale e sociale grave o di gravità moderata, ma persistenti ed invalidanti per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare da attuare in programmi a media intensità riabilitativa, la cui condizione è riconducibile alla tipologia di pazienti in una fase più avanzata del percorso riabilitativo indicata dalla D.C.R. n. 357-1370 del 28 gennaio 1997 per gli inserimenti nelle Comunità Protette di Tipo B oltre che per i pazienti che palesano esigenze di supporto sanitario, ma che sono attualmente accolti presso le Comunità Alloggio e i Gruppi Appartamento.

In particolare, le strutture S.R.P.2 saranno articolate su due livelli di intensità assistenziale:

S.R.P.2 livello 1: accoglieranno pazienti con bisogni sanitari di maggiore intensità che necessitano di un supporto assistenziale medio, come dettagliato successivamente nella Sezione 3 del presente provvedimento;

S.R.P.2 livello 2: accoglieranno pazienti con bisogni sanitari di minore intensità che necessitano di un maggiore supporto assistenziale, come dettagliato successivamente nella Sezione 3 del presente provvedimento.

- **S.R.P.3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sotto tipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie:**

S.R.P.3 per interventi socioriabilitativi con personale sulle 24 ore giornaliere: tali strutture accoglieranno pazienti clinicamente stabilizzati con prevalenti bisogni nell'area di supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella terapeutica specifica della patologia;

□□ **SPR3 per interventi socioriabilitativi con personale nelle 12 ore giornaliere:** tali strutture accoglieranno prevalentemente, ma non esclusivamente, pazienti stabilizzati con pregressa esperienza in S.R.P. 3 a 24 ore conclusasi positivamente con bisogni prevalenti nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento piuttosto che in quella terapeutica specifica;

□□ **S.R.P.3 per interventi socioriabilitativi con personale per fasce orarie:** tali strutture accoglieranno pazienti clinicamente stabilizzati che prevalentemente, ma non esclusivamente, provengono da una pregressa esperienza in S.R.P. a 24 o 12 ore conclusasi positivamente.

Tale provvedimento si riferisce a strutture residenziali psichiatriche che accolgono utenti adulti o

nell'ambito della transizione tra servizi per minori e servizi per l'età adulta, in cui poter trattare, quando appropriato e per tempi definiti, i soggetti affetti dai quadri patologici dettagliati dal documento AGENAS – GISM; altre tipologie di interventi abitativi, anche comprendenti collocazioni abitative in alloggi o presso famiglie, non rientranti nelle categorie trattate dal suddetto documento, saranno regolate da successivi atti. Per quanto riguarda le strutture e i servizi riguardanti utenti con diagnosi primaria relativa ad altri quadri patologici (quali, ad esempio, insufficienza mentale medio - grave, disturbi pervasivi dello sviluppo, disturbi dello spettro autistico, dipendenze patologiche con comorbidità psichiatrica, disturbi psicopatologici degli anziani e BPSD), pur rientranti nell'area dell'assistenza psichiatrica, la cui competenza principale afferisce, tuttavia, ad altri servizi, in base alle organizzazioni dei Servizi Sanitari Regionali, così come per quanto riguarda le strutture per minori, non sono oggetto di questo documento e pertanto si rinvia ai relativi atti.

Il presente atto deliberativo dà altresì l'avvio ad un percorso di riordino della residenzialità psichiatrica della Regione Piemonte, che sarà strutturato nelle successive tre fasi:

1. *fase istruttoria:* tale fase consiste, mediante l'applicazione del presente atto, nella definizione dei criteri di accesso, dei requisiti per l'esercizio e l'accreditamento, delle tariffe per le diverse tipologie di strutture residenziali psichiatriche (S.R.P.1, S.R.P.2 (livello 1 e livello 2), S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), del fabbisogno regionale stabilito in base alla istruttoria avviata in attuazione della DGR 30 – 1517/2015, oltre che della funzione di vigilanza e controllo;

2. *fase transitoria:* tale fase avrà una durata complessiva di 3 anni dalla emanazione del presente provvedimento. In tale arco temporale il sistema della residenzialità psichiatrica dovrà adeguarsi a quanto di seguito disciplinato.

Entro 6 mesi dall'emanazione del presente provvedimento, è prevista una fase di valutazione dell'utenza in carico presso le strutture residenziali psichiatriche piemontesi mediante l'applicazione delle scale di valutazione disciplinate nel "*Allegato C – Scale di valutazione*" del presente provvedimento. In particolare:

□□ gli utenti che sono già stati valutati mediante la somministrazione della scheda "*valutazione multidimensionale*" lo scorso Novembre 2015 non saranno rivalutati, ma per questi ultimi sarà prevista una revisione e/o conferma del P.T.I. e del relativo P.T.R.P.;

□□ gli utenti che, invece, hanno avuto accesso in struttura successivamente alla somministrazione della scheda sopra citata e che quindi ad oggi non sono stati valutati mediante tale strumento saranno oggetto di valutazione mediante le scale di valutazione definite nell' Allegato C del presente provvedimento.

Nel caso in cui, a seguito di tale fase, dovesse emergere una in appropriatezza dell'inserimento in termini di incoerenza tra livelli di assistenza erogati e necessità assistenziali del paziente, si dovrà provvedere alla ricollocazione del paziente all'interno del setting assistenziale più idoneo (S.R.P.1, S.R.P.2 (livello 1 e livello 2), S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie). Tale fase di ricollocazione dovrà concludersi entro i tre anni previsti per la fase transitoria e andrà, altresì di pari passo con il budget assegnato ai D.S.M., come disciplinato all'interno del presente provvedimento.

Inoltre, nella fase transitoria, le strutture dovranno presentare istanza di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento. In particolare, le strutture entro tre mesi dall'emanazione del presente atto dovranno decidere per quale tipologia di struttura accreditarsi e presentare la relativa istanza. Una volta presentata l'istanza, le strutture avranno quattro mesi di tempo per adeguarsi ai requisiti

definiti per ciascuna tipologia di struttura. Al termine sarà avviata l'attività di vigilanza, presieduta dalla ASL, che certificherà il possesso dei requisiti ed, in caso di esito positivo, rilascerà titolo autorizzativo alla struttura. Il titolo di accreditamento, invece, sarà rilasciato dalla Regione, con le modalità dettagliate nella Sezione 2 del presente provvedimento. Al termine della fase transitoria è altresì prevista una nuova rivalutazione degli utenti al fine di una eventuale ridefinizione del fabbisogno.

3. *fase di perfezionamento*: in questa ultima fase, che avrà avvio al termine dei 3 anni della fase istruttoria, è prevista la messa a regime di quanto disciplinato dal presente provvedimento.

Il presente provvedimento è articolato nelle seguenti sezioni:

Sezione 1 - Disposizioni trasversali ai servizi residenziali per la psichiatria

1. Accesso, valutazione multidimensionale del bisogno;
2. Piano di trattamento individuale, scelta della struttura e inserimento nelle strutture psichiatriche piemontesi;
3. Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato;
4. Sistema informativo;
5. Requisiti trasversali di esercizio e di accreditamento;
6. Requisiti generali per la sottoscrizione del contratto;
7. Determinazione del fabbisogno;
8. Fase transitoria;
9. Figure professionali;
10. RSA;
11. Budget;
12. Inserimenti in case di cura private neuropsichiatriche.

Sezione 2 – Procedure per l'esercizio, l'accredimento e la messa a contratto delle strutture residenziali psichiatriche e disposizioni in tema di vigilanza e controllo

- Procedure per l'esercizio, l'accredimento e la messa a contratto;-
- Vigilanza e controllo.

Sezione 3 – Requisiti specifici per le strutture residenziali psichiatriche e tariffe

- Criteri di accesso, requisiti specifici e tariffe per i livelli S.R.P. 1 – 2 – 3:
- S.R.P.1 e S.R.P.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (S.R.P.1) e a carattere estensivo (S.R.P.2);
- S.R.P.3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi.

Sezione 1 - Disposizioni trasversali ai servizi residenziali per la psichiatria

1. Accesso, valutazione multidimensionale del bisogno

L'accesso ai servizi di residenzialità psichiatrica del territorio piemontese è subordinato ad una **valutazione multidimensionale del bisogno**. Quest'ultima sarà effettuata da parte della equipe pluriprofessionale del C.S.M. che potrà essere costituita dalle seguenti figure professionali:

- . - Medico psichiatra;
- . - Psicologo;
- . - Infermiere;
- . - Educatore e Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica;
- . - Assistente sociale.

Al fine di permettere una valutazione nelle diverse aree di bisogno delle persone affette da patologia psichiatrica, inclusa la sfera sociale, sono state identificate due Scale di Valutazione psichiatrica mediante le quali verrà stabilito se il paziente abbia necessità afferibili all'area sanitaria o a quella socioriabilitativa. Le scale individuate sono validate a livello nazionale, già utilizzate nell'ambito della residenzialità psichiatrica, e permettono di analizzare il funzionamento complessivo del paziente andando ad indagare sia la dimensione clinica che quella socioassistenziale.

In particolare le Scale di Valutazione standardizzate individuate, come da indicazioni del documento sulla residenzialità AGENAS - GISM, sono:

- **GAF (Global assessment of functioning);**

- HoNOS (Health of Nation Outcome Scale).

L'equipe pluriprofessionale del C.S.M. valuterà l'utente mediante la somministrazione delle Scale di Valutazione. Gli esiti emersi saranno combinati al fine di creare un punteggio finale, supportato da una apposita relazione di accompagnamento sull'utente, che dovrà inoltre tener conto delle indicazioni "clinico - riabilitative" previste per le tre tipologie di S.R.P. (S.R.P.1, S.R.P.2 (livello 1 e livello 2), S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie)) contenute nel documento AGENAS – GISM (dettagliate nel "Allegato C – Scale di Valutazione" del presente provvedimento), in tal modo verrà determinato l'inserimento nella soluzione residenziale ritenuta più idonea rispetto alle esigenze assistenziali del paziente emerse nella valutazione così disposta. Nella figura 1, si riporta in dettaglio, la metodologia di valutazione utilizzata per l'individuazione della tipologia di supporto assistenziale palesato dall'utente, mediante l'utilizzo delle Scale di Valutazione sopra citate.

Figura 1: Metodologia di individuazione dell'esigenza di supporto assistenziale dell'utente mediante l'applicazione delle Scale di Valutazione GAF e HoNOS

Tale metodologia di valutazione delle necessità assistenziali del paziente dovrà essere adottata per tutti i nuovi inserimenti e per i soggetti che attualmente sono accolti presso le strutture residenziali psichiatriche piemontesi.

Nell'Allegato C, infine, si riportano le Scale di Valutazione GAF e HoNOS, la sintesi dei criteri di inserimento del paziente in struttura (AGENAS – GISM) e il modello di Relazione Conclusiva che saranno utilizzati sul territorio regionale per la valutazione multidimensionale degli utenti psichiatrici.

I pazienti che avranno completato il percorso in S.R.P.1 e S.R.P.2 livello 1, qualora necessitassero di un ulteriore trattamento residenziale, potranno, preferibilmente, essere inseriti, in virtù della probabile stabilizzazione del quadro clinico, in S.R.P.2 livello 2 o S.R.P.3. Resta comunque inteso che l'eventuale ulteriore trattamento residenziale, compresa la scelta della tipologia di struttura, sia subordinato alla valutazione dei bisogni del paziente in modo da rispecchiare le effettive esigenze cliniche e assistenziali del caso.

La durata massima dei programmi non dovrà considerarsi interrotta da eventuali ricoveri in SPDC e in Case di Cura Neuropsichiatriche nonché da eventuali cambi di struttura senza dimissione al domicilio del paziente per un periodo di almeno 2 mesi. Si segnala, inoltre, che nel percorso di valutazione ed inserimento il C.S.M. deve coinvolgere il Medico di Medicina Generale. Si precisa infatti che l'utente presente in struttura rimane in carico al Medico di Medicina Generale

2. Piano di trattamento individuale, scelta della struttura e inserimento nelle strutture psichiatriche piemontesi

Al momento della presa in carico dell'utente, l'unità di valutazione multidimensionale predisporrà il Piano di Trattamento Individuale (di seguito P.T.I.), che terrà conto degli aspetti clinici (inclusi i disturbi schizofrenici, dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi e disturbi della personalità), funzionali e sociali del paziente, al fine di individuare il setting di assistenza più appropriato.

Il P.T.I. avrà una durata temporale limitata, subordinata ad un percorso di valutazione. In tale ottica, è prevista la figura del responsabile del P.T.I., con funzioni di Case Manager, che avrà il compito di monitorare lo stato di avanzamento del Piano ed eventuali modifiche. In particolare, la figura del responsabile del P.T.I. sarà ricoperta da uno psichiatra del C.S.M. che, con cadenza almeno semestrale, avrà il compito di monitorare, mediante l'applicazione di criteri clinici omogenei e condivisi a livello regionale, lo stato di avanzamento dello stesso e definirne eventualmente il tempo di permanenza in struttura del paziente o la sua dimissione.

Si segnala, inoltre, che P.T.I. dovrà contenere la sottoscrizione di un "accordo/impegno di cura" tra C.S.M. e utente, con la eventuale partecipazione delle famiglie e il possibile coinvolgimento della rete sociale, al fine di favorire l'adesione del paziente al trattamento.

L'inserimento nelle strutture residenziali nell'ambito del SSN avverrà esclusivamente a cura del D.S.M., tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a

criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come un processo attivo e non di autorizzazione passiva. Al fine di agevolare i processi di socializzazione, di reinserimento nella comunità locale, oltre che la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale, si sottolinea l'importanza che l'inserimento del paziente venga effettuato in una struttura ubicata preferibilmente sul territorio di competenza del D.S.M., o comunque sul territorio regionale, segnalandolo al D.S.M. accogliente. Gli inserimenti in strutture ubicate al di fuori del territorio regionale devono avere caratteristiche di eccezionalità ed essere specificatamente motivate da parte del D.S.M. inviante.

Inoltre, in caso di utenti residenti al di fuori del territorio regionale, il loro inserimento in strutture residenziali psichiatriche piemontesi sarà effettuato previa comunicazione tra il D.S.M. ricevente e quello inviante, che ne rimarrà titolare della presa in carico e avrà il compito di monitorare periodicamente il percorso terapeutico riabilitativo dell'utente. In tal caso le rette rimarranno a totale carico del soggetto inviante. Con riferimento alle prestazioni ospedaliere, farmacologiche e prescrizioni specialistiche, valgono le regole vigenti del SSN (addebito regione inviante).

Per quanto concerne, invece, la libertà di scelta della struttura da parte dell'utente, si sottolinea che a seguito dell'individuazione del setting di cura e di assistenza più appropriato, l'equipe pluriprofessionale del C.S.M. avrà il compito di supportare la persona/famiglia nella scelta della struttura presso cui rivolgersi. Ad ogni modo, l'utente potrà decidere liberamente presso quale struttura essere accolto. In particolare, la scelta potrà essere effettuata dall'utente stesso, dalla famiglia, o dove previsto, da parte dell'amministratore di sostegno della persona, dando priorità alle strutture presenti nell'ASL di riferimento, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale. La vicinanza del paziente al C.S.M. di riferimento garantisce una maggiore qualità dell'assistenza erogata nonché una migliore continuità terapeutica.

Inoltre, nel caso in cui l'equipe pluriprofessionale del C.S.M. dovesse indicare un inserimento nelle strutture S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), ossia strutture che prevedono una compartecipazione della spesa, come definito dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", il C.S.M. valuterà la capacità contributiva del paziente attraverso una applicazione omogenea dell'ISEE. Per permettere ciò, nell'arco di sei mesi dall'emanazione del presente provvedimento sarà emanato un apposito atto che andrà a definire tale ambito.

La durata dei trattamenti erogati all'interno delle diverse tipologie di strutture residenziali psichiatriche è differente tra le diverse tipologie di strutture. In particolare, la durata massima dei trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (S.R.P.1) e a carattere estensivo (S.R.P.2) è la seguente:

- S.R.P.1: 18 mesi, prorogabili per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il D.S.M. inviante a seguito di rivalutazione dell'utente. I programmi di post-acuzie hanno durata massima di 3 mesi;

- S.R.P.2 (livello 1 e livello 2): 36 mesi, prorogabili per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il D.S.M. inviante a seguito di rivalutazione dell'utente.

Al termine del periodo previsto per la durata dei trattamenti di cui sopra è prevista la possibilità di una rivalutazione da parte del D.S.M. che potrà, ove necessario, protrarre l'inserimento per la durata necessaria allo svolgimento dei trattamenti terapeutico riabilitativi di cui necessita.

Per quanto concerne, invece, gli inserimenti in strutture S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), la durata dei programmi è definita nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.).

Salva l'autonomia dell'Autorità Giudiziaria, anche gli inserimenti di pazienti destinatari di provvedimenti limitativi della libertà personale, dovranno seguire l'iter descritto, comprensivo di valutazione multidimensionale del bisogno e di compilazione del P.T.I. e del P.T.R.P.. La valutazione potrà altresì essere integrata con elementi specifici riguardanti la condizione giuridica del paziente.

3. Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato

L'inserimento dell'utente prevede la stesura del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (di seguito P.T.R.P.), elaborato dalla struttura in coerenza con i contenuti del P.T.I.. Sia il P.T.I. che

il P.T.R.P. dovranno contenere la sottoscrizione di un “accordo/impegno di cura” tra D.S.M., struttura ospitante e utente, con la partecipazione delle famiglie e il coinvolgimento dei Servizi socioassistenziali e della rete sociale, al fine di consentire la volontarietà e l’adesione del paziente al trattamento. Il P.T.R.P. sarà validato dal C.S.M. e dall’Ente gestore per i servizi socioassistenziali. Ogni P.T.R.P., definendo il percorso clinico – assistenziale idoneo al singolo paziente, deve garantire la:

- personalizzazione e la flessibilità dei percorsi;
- interazione cooperativa tra i servizi territoriali, sociosanitari e sociali;
- integrazione delle attività proposte;
- valorizzazione dei legami familiari e sociali, dei contesti di vita e delle opportunità offerte dal territorio.

Il monitoraggio del P.T.R.P. sarà effettuato internamente alla struttura mediante la figura di un responsabile dello stesso che avrà il compito di seguirne l’andamento e la coerenza rispetto al P.T.I. fino alla dimissione del paziente. Il C.S.M., inoltre, seguirà il progetto terapeutico riabilitativo dell’utente in struttura mediante la figura del Responsabile del P.T.I. che lavorerà congiuntamente al Responsabile del P.T.R.P. per accompagnare l’utente fino alla sua dimissione.

Il C.S.M. seguirà tramite il responsabile del P.T.I. e il responsabile del P.T.R.P., l’andamento degli interventi fino alla dimissione del paziente.

Ogni inserimento in strutture residenziali dovrà essere preceduto dalla stesura del relativo P.T.I./P.T.R.P..

4. Sistema informativo

In una ottica di centralità dell’utente in termini di prestazioni e servizi erogati nelle diverse strutture del territorio regionale, il seguente provvedimento intende sottolineare l’importanza di un sistema informativo regionale che riesca a monitorare e controllare la gestione e i dati relativi all’assistenza erogata dai D.S.M. ai pazienti psichiatrici, a partire dal momento della presa in carico dell’utente.

La Regione Piemonte provvederà ad implementare un flusso, partendo dal sistema informativo già presente sul territorio piemontese e in uso presso i D.S.M. (Sistema informativo Salute Mentale Aziende Sanitarie S.I.S.M.A.S) per la raccolta, l’elaborazione e l’archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con le seguenti finalità:

- contribuire all’analisi della domanda, attraverso la raccolta dei dati di valutazione del bisogno;
- registrare tutte le spese sostenute (costi per residenzialità, semiresidenzialità, contributi economici, spesa farmaceutica etc..) in capo ad ogni singolo assistito;
- valutare gli obiettivi dei programmi di riabilitazione e terapia;
- monitorare l’effettiva attuazione degli interventi previsti a livello di P.T.I. e di P.T.R.P.;
- monitorare gli esiti degli interventi attuati;
- monitorare il consumo di risorse economiche.

Al riguardo, si prevede una prima fase sperimentale del sistema informativo esclusiva per la filiera della residenzialità psichiatrica, che monitori il flusso informativo dell’utente dal momento della presa in carico in struttura fino alla sua dimissione. Tale fase prevedrà l’implementazione del flusso in condivisione con una o più ASL pilota, scelte tra quelle che evidenziano un know-how in materia, al fine di testarne l’attuazione a livello di ente e valutarne eventuali integrazioni/modifiche. Seguirà, successivamente l’estensione alle restanti ASL, che dovranno pertanto aderire al S.I.S.M.A.S., per la componente residenziale e l’implementazione del sistema anche presso le altre strutture non residenziali, al fine di garantire la tracciabilità del flusso dell’utenza piemontese in tutta la rete di offerta della Regione, e migliorare l’individuazione della domanda di servizi e l’appropriatezza della cura.

5. Requisiti trasversali di esercizio e di accreditamento

Al fine di dare organicità al sistema di esercizio e di accreditamento dei servizi per la psichiatria, il presente paragrafo disciplina i requisiti generali (soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e

tecnologici) di esercizio e di accreditamento dei servizi residenziali psichiatrici. I requisiti di esercizio e di accreditamento specifici delle diverse tipologie di servizio sono definiti nella sezione 3, compatibilmente con quanto di seguito disposto.

5.1 Requisiti trasversali per l'autorizzazione all'esercizio

Soggettivi

Il legale rappresentante dell'ente gestore dei servizi, nonché gli altri soggetti di cui al Libro II del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159, Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010 n. 136, devono dichiarare l'insussistenza di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'articolo 67, comma 2, del medesimo decreto legislativo. In caso di variazione dei soggetti di cui sopra, le relative comunicazioni devono pervenire alla ASL competente entro trenta giorni dalla variazione.

I legali rappresentanti di enti locali e di ASL che gestiscono direttamente servizi residenziali per la psichiatria, non devono produrre il certificato di cui sopra, in quanto soggetti a specifica normativa di riferimento.

Inoltre, nel procedimento di rilascio del titolo autorizzativo, e nel rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità della Pubblica Amministrazione, trovano applicazione le disposizioni contenute:

- nel D.P.R. 16 Aprile 2013, n. 62 Regolamento recante Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs 30 marzo 2001, n. 165 (art. 6 "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse" e art. 7 "Obbligo di astensione");
- nella Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione";
- nella Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi (art. 6 bis "Conflitto d'interessi").

Organizzativi e gestionali

I requisiti organizzativi e gestionali del D.P.R. 14/1/1997 sono declinati come segue in considerazione della specificità del comparto sociosanitario e, in particolare, di quello psichiatrico. In particolare, l'ente gestore per ottenere l'autorizzazione all'esercizio deve possedere i seguenti requisiti organizzativi e gestionali, ossia:

- documento organizzativo: all'interno di tale documento il soggetto gestore deve descrivere la mission dell'organizzazione oltre che la struttura organizzativa complessiva;
- piano di lavoro: il soggetto gestore deve definire annualmente il piano di lavoro che comprende la tipologia e il volume di attività previste e il conseguente piano organizzativo;
- politiche di gestione delle risorse umane ed economiche;
- documento relativo alla gestione e composizione dell'organico;
- procedure per l'inserimento di nuovo personale;
- documentazione sociosanitaria;
- gestione delle risorse tecnologiche;
- sistema informativo: il sistema informativo è rivolto alla raccolta, elaborazione e archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con le seguenti finalità:

- sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi delle strutture e del soggetto gestore;
- fornire alle strutture organizzative il ritorno informativo necessario alle valutazioni di loro competenza. Il soggetto gestore individua i bisogni informativi, predispone le strutture organizzative e strumentazioni necessarie a garantire la qualità dei dati. Il soggetto gestore identifica nell'organigramma un responsabile del sistema informativo che presiede l'attività di raccolta, elaborazione e archiviazione dati. Il soggetto gestore di strutture per le quali è prevista a compartecipazione economica da parte degli utenti, rilascia annualmente le certificazioni ai fini fiscali, in tempo utile per la presentazione dei modelli fiscali.

Strutturali e tecnologici

I requisiti strutturali e tecnologici per l'esercizio delle strutture sociosanitarie psichiatriche, anche in

linea con quelli disciplinati dalla D.C.R. n. 616 - 3149 del 22 febbraio 2000, riguardano il possesso da parte dell'ente gestore dei seguenti requisiti:

- titolo di godimento dell'immobile: il soggetto gestore è tenuto a dichiarare il titolo di godimento dell'immobile destinato all'attività, gli eventuali vincoli gravanti sullo stesso e la compatibilità dell'attività con eventuali vincoli esistenti sull'immobile stesso;

- possesso, fatte salve le deroghe previste per le strutture collocate in edifici di civile abitazione, dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- agibilità;
- protezione antisismica;
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza anti infortunistica;
- igiene dei luoghi di lavoro;
- smaltimento rifiuti;

- organizzazione e arredamento dei locali: rispetto delle condizioni igieniche, costruttive ed abitative necessarie per lo svolgimento dell'attività, arredamento dei locali in linea con i requisiti di razionalità, le condizioni d'uso e l'effettuazione manutenzione periodica;

- organizzazione degli spazi pubblici e privati: organizzazione dei locali interni alla struttura in modo da permettere la vivibilità della struttura da parte di tutti gli utenti sia nei luoghi di condivisione che nei locali privati.

5.2 Requisiti trasversali per l'accreditamento

Soggettivi

Il soggetto gestore deve possedere tutti i requisiti di seguito riportati:

- personalità giuridica con iscrizione nello specifico registro delle imprese o delle persone giuridiche private;

- regolarità della continuità gestionale e finanziaria;

- presenza dell'organo di controllo economico e relativa composizione (tipologia, nominativi e qualifiche dei componenti);

- assenza di stato di fallimento;

- assenza di liquidazione coatta;

- assenza di concordato preventivo;

- assenza di procedimenti per la dichiarazione di una di tali situazioni: fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo.

I requisiti di cui sopra, con eccezione per quanto concerne la continuità gestionale e finanziaria della struttura, sono attestati annualmente, entro il 31 gennaio di ogni anno, con dichiarazione sostitutiva di atto notorio o di certificazione resa dal legale rappresentante del soggetto gestore o dai procuratori speciali. Il soggetto gestore, infatti, è tenuto a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione intervenuta rispetto a tali requisiti.

La regolarità della continuità gestionale e finanziaria, invece, è attestata dalla relazione sull'ultimo bilancio approvato, dall'organo di controllo economico con funzioni di revisione contabile. In particolare tale relazione deve dichiarare in modo chiaro ed esplicito che il bilancio è stato redatto sulla base della corretta applicazione del principio della continuità aziendale e che non vi sono delle incertezze significative sulla continuità aziendale tali da doverne dare informativa in bilancio. Il processo di verifica della regolarità della continuità gestionale e finanziaria avrà avvio dopo 24 mesi dall'emanazione del presente provvedimento al fine di garantire un lasso di tempo necessario per la messa a regime di tali controlli.

Per i soggetti gestori pubblici, per quanto attiene ai requisiti inerenti l'affidabilità economico finanziaria, si fa riferimento agli obblighi contabili e di controllo previsti dalle specifiche normative.

Organizzativi

I requisiti di accreditamento organizzativi sono definiti dalla D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009. In particolare le strutture residenziali per pazienti psichiatrici devono rispettare i seguenti requisiti:

- possedere una “Carta dei Servizi” e degli strumenti di comunicazione e trasparenza i cui contenuti fondamentali sono dettagliati nell’Allegato D della D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009. Ciascuna struttura che offre prestazioni con finanziamento a carico del sistema pubblico deve possedere una “Carta dei Servizi”, la quale deve essere sistematicamente distribuita agli Utenti, ai familiari e agli operatori dei D.S.M. inserenti.

- garantire un servizio di coordinamento con gli altri servizi socio-sanitari del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le istituzioni pubbliche del privato sociale e del volontariato;

- adottare il Contratto di Ospitalità tra la struttura stessa, il paziente e il D.S.M. inserente.

Nel contratto d’inserimento devono essere esplicitati i servizi resi, gli impegni del paziente, le modalità economiche, le norme relative al consenso informato e alla tutela dei dati personali ed essere accompagnato dalla Carta dei Servizi;

- adottare il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.) calibrato sulle necessità delle singole persone. In particolare, deve essere definito e documentato, per ogni ospite della struttura, un progetto personalizzato terapeutico-riabilitativo o assistenziale, nell’ottica di un intervento integrato sulla base:

- delle caratteristiche dell’utente, dei suoi bisogni del suo contesto familiare e sociale;
- degli obiettivi prefissati nel progetto d’inserimento e dei risultati che si vogliono ottenere;
- della capacità di risposta di ogni singola struttura in termini organizzativi interni e di eventuale integrazione e ricorso ai servizi della rete.

Il P.T.R.P. deve comprendere i seguenti elementi essenziali:

- l’individuazione del responsabile del P.T.R.P.;
 - la valutazione iniziale dell’utente e gli obiettivi specifici d’intervento definiti nel P.T.I.;
 - l’informazione e il coinvolgimento del paziente o del tutore e del D.S.M. inviante;
 - l’indicazione dei tempi previsti di attuazione del progetto, in termini di tempi e modalità di permanenza e di dimissione;
 - la pianificazione degli interventi e delle attività specifiche e dei tempi indicativi di realizzazione, la frequenza e la titolarità degli interventi;
 - le risorse e la dotazione di strumenti impiegati;
 - le modalità di attuazione delle verifiche periodiche e finali (indicatori, procedure, tempi e strumenti);
 - per tale finalità è pertanto necessario che:
 - sia definito e adottato un sistema di valutazione dei risultati sul singolo utente;
 - l’organizzazione della giornata e delle attività contempli sia le esigenze e i ritmi di vita di ciascun ospite (es.: possibilità di riposo, possibilità di avere dei momenti individuali), sia la promozione della partecipazione relazionale;
 - il P.T.R.P. tenga conto di eventuali condizioni di disabilità del paziente;
 - sia presente una Cartella Personale contenente le informazioni ed i dati di ogni paziente, il P.T.R.P. e i risultati delle attività di monitoraggio in itinere.
 - il P.T.R.P. deve essere concordato con il D.S.M. inviante, sulla base del piano di trattamento individuale dallo stesso definito a seguito della valutazione del paziente e deve essere preventivamente discusso, nell’ambito della struttura, con gli operatori coinvolti.
- adottare strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati.

Le strutture, con la partecipazione di tutti gli operatori coinvolti, devono:

- redigere e depositare, aggiornandolo ogni tre anni, il “Progetto di Gestione del Servizio” i cui contenuti fondamentali definiti nell’allegato D della D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009);
- definire strumenti e procedure di rilevamento della soddisfazione dell’utente e degli operatori;

redigere un report periodico di valutazione dei risultati raggiunti; adottare ed esporre il prospetto settimanale dei turni del personale in servizio nei singoli nuclei residenziali, con il numero e la qualifica degli operatori che devono garantire la presenza.

- possedere i protocolli relativi a:

gestione dei farmaci e del materiale sanitario;

somministrazione dei farmaci;

modalità di gestione dei pasti e delle diete;

gestione della biancheria sporca e pulita e modalità di lavaggio;

smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nelle strutture;

pulizia, disinfezione e sterilizzazione degli ausili, presidi e strumentario medico (struttura ex art. 13/F D.G.R. n. 61-12251 del 28 settembre 2009);

pulizia e sanificazione ambientale;

registro del personale sul quale devono essere riportate mansioni e responsabilità, nonché il registro delle presenze dei pazienti.

E' requisito di accreditamento altresì, il rispetto del debito informativo di Regione Piemonte, relativo a tutti i flussi già attivi e a quelli che saranno successivamente attivati. Al riguardo, il soggetto gestore identifica nell'organigramma un responsabile del sistema informativo che presiede l'attività di raccolta, elaborazione e archiviazione dati a garanzia di un tempestivo ed elevato livello di qualità dell'informazione.

Gestionali

Secondo quanto già previsto dalla D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009, le strutture residenziali per pazienti psichiatriche devono possedere, tra i requisiti gestionali, un sistema di "qualificazione del personale" pianificato sui bisogni formativi e in funzione degli obiettivi del servizio.

In particolare:

- la programmazione formativa deve essere documentata e monitorizzata per quanto attiene ai crediti formativi ECM;

- i percorsi formativi, sia individuali sia di gruppo, devono riguardare tutte le figure professionali e fornire agli operatori conoscenze teoriche e tecniche utili sia per comprendere la globalità del servizio in relazione alla tipologia dei soggetti assistiti sia per organizzare i vari percorsi in funzione dei bisogni specifici;

- i percorsi formativi e di qualificazione devono essere orientati verso uno stile di lavoro degli operatori centrato prioritariamente sulla valorizzazione della quotidianità dell'utente, sulla promozione della partecipazione relazionale e interattiva e sulla promozione dell'accesso ai diritti di cittadinanza dello stesso. Tali percorsi devono prevedere attività di supervisione a favore del personale;

- ogni struttura è tenuta a redigere, entro il mese di gennaio di ogni anno un programma annuale di formazione/aggiornamento del personale indicando:

argomento, personale coinvolto, durata e numero dei moduli per consentire la più ampia partecipazione degli interessati, tenendo anche conto dei requisiti specifici richiesti per ogni singola area funzionale;

le risorse finanziarie disponibili per sostenere il piano formativo.

- le strutture dovranno possedere idonea documentazione atta a dimostrare lo svolgimento di questi momenti formativi e di aggiornamento del personale ed il livello di partecipazione, relativa ai precedenti tre anni. Tale documentazione dovrà essere conservata per i successivi tre anni.

Sono altresì requisiti per l'accreditamento:

- programmazione delle presenze del personale: il soggetto gestore adotta un sistema di rilevazione delle presenze degli operatori all'interno di ogni specifica singola struttura. Definisce inoltre la programmazione settimanale o mensile delle attività giornaliere del personale, ivi compresi lo schema di distribuzione programmata degli orari di lavoro (turni per ogni profilo professionale

nell'arco delle 12 o 24 ore o nell'arco dell'orario di apertura), i piani per le sostituzioni, per la rotazione, le ferie e i permessi del personale.

- polizza assicurativa: il soggetto gestore stipula, una polizza assicurativa per la responsabilità civile per coprire eventuali danni agli utenti o ad altri soggetti. La polizza deve comprendere i danni involontariamente cagionati in conseguenza di fatti accidentali e imputabili a negligenza, imprudenza o imperizia. Eventuali franchigie previste dalle polizze non devono gravare sui terzi danneggiati. In alternativa, il soggetto gestore deve avere un programma assicurativo di gestione diretta del rischio, idoneamente documentato.

Strutturali

In linea con quanto stabilito dalla D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009, i requisiti strutturali trasversali per l'accreditamento delle strutture residenziali psichiatriche (S.R.P.1 / S.R.P.2 e S.R.P.3) sono i seguenti:

- avere una localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio;
- svolgere un'attività di rete con gli altri servizi del territorio, in modo da favorire l'integrazione dei pazienti con la comunità locale;
- essere localizzati preferibilmente nel cuore degli insediamenti abitativi o comunque in una soluzione idonea a garantire una vita di relazione, anche mediante l'utilizzo delle infrastrutture presenti sul territorio di tipo culturale e ludico sportivo, al fine di favorire il reinserimento sociale del paziente psichiatrico, una volta stabilizzato;
- garantire la possibilità di raggiungere facilmente la struttura con l'uso dei mezzi pubblici e privati per garantire la continuità e la frequenza delle visite dei familiari e conoscenti;
- prevedere una personalizzazione delle stanze con arredi di tipo non ospedaliero;
- essere strutturati in modo da garantire l'assenza di ostacoli fisici (es. arredi o terminali degli impianti) negli spazi di transito che possono impedire agli utenti e agli operatori di potersi muovere in sicurezza, anche in caso di emergenza e/o pericolo;
- essere strutturati in modo da limitare il più possibile i rischi derivanti da condotte pericolose messe in atto dai soggetti ospitati in momenti di crisi;
- prevedere una segnaletica interna semplice, localizzata in punti ben visibili, chiara, con caratteri di dimensioni tali da poter essere letti anche da chi ha problemi di vista con un buon contrasto rispetto allo sfondo;
- prevedere nell'ingresso della struttura la presenza di uno schema che spieghi in modo chiaro e semplice la distribuzione degli spazi della stessa;
- garantire l'adeguamento alle norme previste dal testo unico sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, di cui al D.Lgs. n. 81 del 9 Aprile 2008 e D.Lgs. n. 106 del 3 Agosto 2009. Il possesso di tale requisito deve essere attestato nell'ambito di un'apposita relazione tecnica redatta da un professionista abilitato;
- prevedere all'interno della struttura un sistema di rilevazione di presenza del personale.

6. Requisiti generali per la sottoscrizione del contratto

La sottoscrizione di un contratto con il SSR è soggetto alla programmazione regionale. Inoltre, preliminarmente alla sottoscrizione di ogni tipologia di contratto con il SSR, il soggetto gestore deve acquisire la documentazione come disposto nel D. Lgs. 159/2011 "Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136", nelle modalità ivi indicate. Oltre a ciò il soggetto gestore deve rispettare le previsioni normative in tema di conflitto di interessi come previsto dall'art. 6-bis della Legge 7 agosto 1990 n.241 e s.m.i..

7. Determinazione del fabbisogno

L'istruttoria effettuata dalla Direzione Sanità, mediante l'analisi degli delle schede "Elenco pazienti", "Scheda valutazione multidimensionale" e della "Scheda struttura", in attuazione della DGR n. 30 – 1517/2015, ha evidenziato che i D.S.M. regionali utilizzano i servizi per la residenzialità in maniera differenziata e spesso in disaccordo con le indicazioni normative contenute

nella D.C.R. n. 357-1370 del 28/01/1997. Su un totale di 3.000 soggetti presenti in strutture residenziali (analisi elenco pazienti D.S.M. al 5 Settembre 2015), come evidenziato già in premessa, la distribuzione tra le diverse tipologie di strutture residenziali è la seguente:

• **Tabella 1: Distribuzione degli utenti per tipologia di struttura residenziale psichiatrica**

• **Tipologia di SR N° Utenti**

• Comunità protetta di tipo A 109

• Comunità protetta di tipo B 759

• Comunità Alloggio 164

• Gruppi Appartamento 1.179

• RSA 522

• Altro (D.D., RAF, fuori Regione, non precisato etc.*) 267

• **TOTALE 3.000**

• *: alcuni D.S.M. hanno distribuito questi inserimenti nelle diverse tipologie strutturali.

Nello specifico i posti letto mappati e monitorati riservati alla salute mentale per soggetti adulti (Gruppi Appartamento, Comunità Protette (di Tipo A e B), Comunità Alloggio e Centro di Terapie

• Psichiatriche) sono un totale di 2.872, di cui:

• - 2.548 stabilmente occupati;

• - 2.221 stabilmente occupati da pazienti inseriti dai C.S.M. regionali;

• - 327 stabilmente occupati da pazienti inseriti da C.S.M. fuori Regione.

Il dettaglio degli 2.872 posti letto totali, suddiviso per tipologia di struttura, è dettagliato nella tabella seguente:

Tabella 2: Distribuzione dei posti letto per tipologia di struttura residenziale psichiatrica

Tipologia di SR	N° Posti letto	N° posti letto occupati	N° posti letto occupati da utenti extraregionali
Comunità protetta di tipo A	138	132	51
Comunità protetta di tipo B	1.078	977	218
Comunità Alloggio	210	180	12
Centro terapie psichiatriche	20	20	
Gruppo Appartamento	1.426	1.239	46
• TOTALE	2.872	2.548	327

Dall'analisi degli inserimenti rispetto ai posti letto disponibili sul territorio regionale è emersa la presenza di circa 300 posti letto non occupati, oltre che una dislocazione disomogenea dei posti letto sul territorio regionale. Quest'ultimo fattore, in particolare, rende necessario l'inserimento al di fuori del territori di competenza del D.S.M., rendendo di fatto problematico il reinserimento del paziente nel proprio ambito sociale.

Dagli approfondimenti effettuati mediante la “*Scheda valutazione multidimensionale*”, con ultimo invio al 15 Novembre 2015, come dettagliato nell' Allegato D del presente provvedimento, è emerso, un utilizzo delle strutture residenziali che non sempre risulta appropriato; si è rilevata, infatti, la presenza di pazienti con necessità prettamente socio assistenziali in strutture indicate per il trattamento terapeutico riabilitativo nonché la presenza di pazienti non stabilizzati e con necessità di trattamento terapeutico riabilitativo in strutture con tipica funzione socio riabilitativa.

Pertanto, si è quindi riscontrata la compresenza in una stessa struttura di persone con necessità assistenziali diverse e un utilizzo considerevole degli inserimenti in strutture dedicate prevalentemente agli anziani con retta sostenuta dai D.S.M. inserenti completamente a carico del FSR. Schematizzando si è appurato, che il 39% dei pazienti inseriti in strutture residenziali psichiatriche sul territorio piemontese necessitano di un'assistenza residenziale di tipo sanitario, mentre il restante 61% palesa esigenze di supporto prettamente socio assistenziale.

L'ultimo atto di programmazione regionale sulla residenzialità psichiatrica è la D.G.R. n. 32-29522 del 1/3/2000 “*art. 8/ter D.Lgs. 299/99 e s.m.i. Modalità e termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio sanitarie*”.

Tale delibera recepisce gli indici di fabbisogno indicati a livello nazionale, comunque indicati nel P.S.R. (1 p.l. ogni 5.000 abitanti), e allo stesso tempo riteneva “*necessari alcuni interventi volti a garantire l’appropriato utilizzo delle strutture e il riequilibrio territoriale di tali disponibilità, garantendo una risposta uniforme sul territorio regionale.*”

Lo standard di posti letto in strutture residenziali extraospedaliere per adulti, vale a dire 1 ogni 5.000 abitanti (DPR 1°/10/1999 Progetto obiettivo “tutela salute mentale 1998/2000”) ad oggi non è ancora stato superato da nuove previsioni; pertanto su una popolazione regionale di circa 4.457.000 abitanti, l’applicazione dell’indice determinerebbe un fabbisogno di circa 900 p.l. residenziali.

Successivamente, in attuazione della DGR n. 63 - 12253 del 28/09/2009, sono stati accreditati Regione Piemonte più di 1.500 posti letto (Comunità protette di tipo A e di tipo B e Comunità Alloggio) per l’area residenziale salute mentale; tali procedure non hanno considerato i circa 1.500 posti letto sparsi sul territorio regionali afferibili alla tipologia “Gruppo appartamento”.

Al termine della fase transitoria, una volta consolidato il trasferimento dei pazienti tra i diversi setting in base ai criteri di appropriatezza definiti, verrà ridefinito il fabbisogno regionale.

8. Fase transitoria

Partendo dalla necessità di rivedere la filiera della residenzialità psichiatrica piemontese, uniformando la rete regionale a quanto definito dal documento AGENAS – GISM, e presupponendo la volontà di garantire a tutti gli utenti l’inserimento nella struttura più adatta alle esigenze di support assistenziale palesate, è prevista una fase transitoria che avrà una durata di tre anni e avrà la finalità di condurre verso una nuova filiera di servizi residenziali senza incidere sulla assistenza erogata.

Entro 6 mesi dall’emanazione del presente provvedimento, è prevista una fase di valutazione dell’utenza in carico presso le strutture residenziali psichiatriche piemontesi mediante l’applicazione delle scale di valutazione disciplinate nel “*Allegato C – Scale di valutazione*” del presente provvedimento. In particolare:

gli utenti che sono già stati valutati mediante la somministrazione della scheda “*valutazione multidimensionale*” lo scorso Novembre 2015 non saranno rivalutati, ma per questi ultimi sarà prevista una revisione e/o conferma del P.T.I. e del relativo P.T.R.P.;

gli utenti che, invece, hanno avuto accesso in struttura successivamente alla somministrazione della scheda sopra citata e che quindi ad oggi non sono stati valutati mediante tale strumento, saranno oggetto di valutazione mediante le scale di valutazione definite nell’ Allegato C del presente provvedimento.

Nel caso in cui, a seguito di tale valutazione, dovesse emergere una in appropriatezza dell’inserimento in termini di incoerenza tra livelli di assistenza erogati e necessità assistenziali del paziente, si dovrà provvedere alla ricollocazione del paziente all’interno del setting assistenziale più idoneo (S.R.P.1, S.R.P.2 (livello 1 e livello 2), S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie)). Tale percorso di ricollocazione dovrà concludersi entro 3 anni. Inoltre tale processo di rivalutazione e ricollocazione riguarderà anche i pazienti extra regionali presenti nelle strutture residenziali psichiatriche piemontesi.

Le strutture, durante la fase di rivalutazione dell’utenza in carico, dovranno continuare ad erogare le prestazioni assicurando la continuità assistenziale ai pazienti inseriti e ai nuovi ingressi. Inoltre, le strutture entro tre mesi dall’emanazione del presente provvedimento dovranno presentare istanza di autorizzazione all’esercizio e di accreditamento. In particolare:

- **S.R.P.1 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo:** i soggetti che possono presentare istanza per tale tipologia di struttura sono le attuali Comunità Protette di Tipo A e il Centro di Terapie Psichiatriche presente sul territorio regionale;

- **S.R.P.2 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo.**

I soggetti che possono presentare istanza per tale tipologia di struttura sono:

S.R.P.2 livello 1: Comunità Protette di Tipo B;

□□ **S.R.P.2 livello 2:** Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento che, indipendentemente dai livelli assistenziali di origine e in possesso dei requisiti soggettivi, organizzativi, gestionali e strutturali previsti per tale tipologia di struttura, alla data del 30 novembre 2015 avevano in carico almeno il 50% dell'utenza con esigenze di supporto sanitario.

Eventuali nuovi inserimenti di ospiti con bisogni di tipo sanitario, avvenuti dopo tale data, concorrono al calcolo della percentuale di cui sopra, previa verifica da parte del DSM inviante.

□□ **S.R.P.3** - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sotto tipologie, con personale sociosanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie: i soggetti che possono presentare istanza per questa tipologia di struttura sono gli attuali Grupp Appartamento e Comunità Alloggio che erogano attività socioriabilitativa nelle diverse fasce di copertura giornaliera (24 ore, 12 ore, fasce orarie).

Una volta presentata l'istanza, le strutture avranno quattro mesi di tempo per adeguarsi ai requisiti definiti per ciascuna tipologia di struttura. Al termine sarà avviata l'attività di vigilanza, presieduta dalla ASL, che certificherà il possesso dei requisiti ed, in caso di esito positivo, rilascerà titolo autorizzativo alla struttura. Il titolo di accreditamento, invece, sarà rilasciato dalla Regione con le modalità e tempistiche dettagliate all'interno della Sezione 2 del presente provvedimento.

Al termine di tale fase, sarà altresì prevista una nuova rivalutazione dei pazienti al fine di una eventuale revisione del fabbisogno territoriale.

9. Figure professionali

In seguito alla emanazione della DGR 30 – 1517/2015 ed in concomitanza con l'avvio della fase di istruttoria regionale, avviata con Circolare Prot. n. 15907 del 18 agosto 2015, la Regione ha effettuato incontri con i D.S.M. Piemontesi oltre che con le Associazioni dei Familiari e con gli Enti Gestori al fine di recepire ulteriori punti di attenzione e criticità utili ad una migliore conoscenza della realtà regionale ed eventualmente apportare delle modifiche al provvedimento regionale.

Una problematica emersa durante tali incontri ha riguardato le figure professionali operanti nelle strutture residenziali psichiatriche. Sul territorio piemontese ad oggi operano degli operatori provvisti dei seguenti titoli professionali:

1. operatori in possesso della Laurea in Educazione Professionale (Classe LSNT-2) riconosciuta ai sensi del D.M. 520 del 8 ottobre 1998 *“Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502”*;

2. operatori in possesso di titoli professionali equipollenti al titolo di Educatore Professionale, come da D.M. del 27 luglio 2000 *“Equipollenza di diplomi e di attestati al diploma universitario di educatore professionale, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base”, così come modificato dal D.M. 22 giugno 2016 (G.U. Serie Generale n. 196 del 23 agosto 2016)*;

3. operatori in possesso del titolo di tecnico della riabilitazione psichiatrica di cui al D.M. 29 marzo 2001, n. 182 *“Regolamento concernente la individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica”*;

4. operatori in possesso del titolo di tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale di cui al D.M. 17 gennaio 1997, n. 57 *“Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del tecnico dell'educazione e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale”*;

5. operatori in possesso di titoli del pregresso ordinamento che potranno presentare istanza per ottenere il riconoscimento di equivalenza al titolo di cui al D.M. 520/1998, sulla base delle disposizioni contenute all'interno del D.P.C.M. del 26 luglio 2011 *“Criteri e modalità per il riconoscimento dell'equivalenza ai diplomi universitari dell'area sanitaria dei titoli del pregresso ordinamento, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, della legge 26 febbraio 1999, n. 42. (11A10956)”*;

6. operatori con il titolo di psicologo di cui alla L. 18 febbraio 1989, n. 56 *“Ordinamento della professione di psicologo”*;

7. operatori che successivamente alla emanazione del D.M. n. 520/1998 e del D.M. del 27 luglio 2000 hanno acquisito attestati di qualifica o titoli professionali di educatore rilasciati dal sistema della formazione professionale regionale, riconosciuti ai sensi della L. 21 dicembre 1978, n. 845 “Legge –quadro in materia di formazione professionale”;

8. operatori in possesso della laurea in Pedagogia/Scienze della Formazione, Scienze dell’Educazione (Classe L-18/L-19).

Gli operatori di cui al punto 1 e al punto 2 sono abilitati ad esercitare le funzioni di Educatore professionale. Gli operatori di cui al punto 3 sono abilitati ad esercitare le funzioni di Tecnico della riabilitazione psichiatrica.

Gli operatori di cui al punto 4 possono esercitare le funzioni di Educatore professionale, in quanto il loro titolo è riconosciuto equipollente a quello di educatore professionale ai sensi di quanto disposto dall’art. 4, comma 2, del D.M. 29 marzo 2001, n. 182.

Coloro che, invece, rientrano nella tipologia di operatori dettagliati al punto 5, qualora dovessero ottenere il riconoscimento di equivalenza al titolo di cui al D.M. 520/1998, saranno abilitati ad esercitare le funzioni di educatore professionale, altrimenti dovranno seguire un percorso volto al conseguimento del titolo abilitante all’esercizio professionale.

In relazione ai fabbisogni assistenziali degli utenti, si ritiene che gli operatori rientranti nelle tipologie dettagliate dal punto 5 al punto 8, possano contribuire, al fine di garantire la continuità assistenziale, al raggiungimento del monte orario previsto nei requisiti gestionali per le strutture S.R.P.1, S.R.P. 2 (livello 1 e 2) ed S.R.P. 3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), definiti nel presente provvedimento per le figure professionali dell’Educatore Professionale e del Tecnico della Riabilitazione psichiatrica, purché alla data di approvazione del presente provvedimento risultino in servizio e siano in possesso di una certificazione rilasciata dal datore/i di lavoro che attesti una esperienza in tali strutture di almeno 2 anni.

Inoltre, al fine di valorizzare le esperienze acquisite, i restanti operatori non in possesso dei titoli sopraelencati potranno contribuire al raggiungimento del monte orario previsto nei requisiti gestionali definiti nel presente provvedimento per le figure professionali ausiliarie (OSS), purché alla data di approvazione del presente provvedimento risultino in servizio e siano in possesso di una certificazione rilasciata dal datore/i di lavoro che attesti un’esperienza in tali strutture di almeno 2 anni.

La Giunta Regionale, con successivi provvedimenti, da adottarsi entro il termine della fase transitoria, provvederà a definire i requisiti gestionali riguardanti la figura professionale dell’educatore, valutando anche la praticabilità di introdurre nella normativa regionale modifiche sui criteri relativi al possesso di titoli di studio.

Dalla data del presente provvedimento potranno essere assunti per lo svolgimento di funzioni di Educatore professionale e di Tecnico della riabilitazione psichiatrica esclusivamente operatori in possesso dei relativi titoli legalmente riconosciuti.

10. RSA

Come già accennato in premessa e dettagliato nel “*Allegato D - Analisi della residenzialità psichiatrica in Piemonte*” del presente provvedimento, al 5 settembre 2015 erano accolti in RSA 522 utenti con problematiche psichiatriche. Tali utenti saranno inclusi nella più ampia fase di rivalutazione che permetterà di valutarne la corretta correlazione tra esigenza di supporto assistenziale palesato dagli stessi e tipologia di struttura presso la quale sono attualmente accolti. La rivalutazione per gli utenti accolti in questa tipologia di struttura sarà effettuata di concerto tra D.S.M. e UVG mediante l’applicazione di apposite scale di valutazione, che saranno oggetto di un successivo provvedimento.

In particolare, in merito al trattamento degli utenti psichiatrici attualmente accolti in RSA, sono state definite delle disposizioni in merito:

- gli utenti con problematiche psichiatriche, con età maggiore o uguale ai 55 anni e accolti in tale tipologia di struttura da almeno 3 anni, anche in seguito alla rivalutazione, a meno di particolari

esigenze palesate dal D.S.M. oppure dal UVG, sempre tenendo in conto la volontà del paziente, potranno continuare ad essere accolti presso tale tipologia di struttura;

- gli utenti con problematiche psichiatriche, con età inferiore ai 55 anni, e quindi a maggiore rischio di inappropriatazza, saranno soggetti ad una rivalutazione puntuale da parte del D.S.M. e del UVG al fine di verificare la reale esigenza di ricollocazione presso un setting assistenziale più appropriato. Nel caso in cui, invece, a seguito della rivalutazione, non dovesse emergere l'esigenza di una ricollocazione, utente potrà continuare ad essere accolto presso tale tipologia di struttura.

Gli utenti che, in seguito alla rivalutazione, continueranno ad essere accolti presso le RSA, saranno oggetti alla remunerazione definita per ciascun livello di intensità assistenziale previsto all'interno delle RSA, come da DGR 85 – 6287 del 2 agosto 2013. Gli utenti che, invece, saranno ricollocati presso altri setting reputati più appropriati saranno soggetti alla remunerazione definita in tale provvedimento per la relativa tipologia di struttura, ossia S.R.P.1, S.R.P.2 (livello 1 – 2) oppure S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie).

Per quanto riguarda, infine, l'ingresso di nuovi utenti con problematiche psichiatriche presso tale tipologia di struttura, questo sarà possibile solo per coloro che saranno reputati idonei da parte del UVG e del D.S.M., in seguito alla somministrazione delle scale di valutazione sopra citate e che saranno definite con apposito successivo provvedimento.

11. Budget

Il presente provvedimento intende introdurre il concetto di budget dei servizi territoriali di salute mentale con il quale regolare l'insieme delle attività e della spesa direttamente determinata dai D.S.M.. Questo strumento dovrà essere costruito attorno ad una più dettagliata e condivisa definizione del perimetro di attività che i D.S.M. devono realizzare. Per ciascuna attività, inoltre, dovranno essere identificate le voci di spesa connesse, attribuendo in tal modo al D.S.M. la responsabilità complessiva di tali voci. All'interno di tali volumi, di attività e di spesa, sarà possibile favorire la riconversione incentivando il contenimento di attività meno appropriate.

Tale logica di budget andrà di pari passo con il percorso di rivalutazione e ricollocazione dell'utenza oltre che di riconversione delle strutture presenti sul territorio per i quali è previsto un arco temporale di massimo 3 anni. La durata dell'arco temporale è stata definita al fine di non impattare in alcun modo sulla continuità delle cure e dell'assistenza, oltre che permettere di introdurre un sistema di budget correlato al fabbisogno dell'utenza in carico. Gli Enti del SSR dovranno, altresì, assicurare la complessiva coerenza della programmazione sanitaria regionale nel rispetto dei vincoli aziendali di sostanziale pareggio di bilancio in attuazione tra l'altro ai principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 e nella legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all'art. 9.

L'introduzione a regime del budget assegnato e gestito dai D.S.M. avverrà gradualmente mediante 3 fasi.

Figura 2: Processo di definizione e assegnazione del budget

- **fase 1:** la fase 1, di durata pari a 12 mesi, avrà avvio successivamente all'emanazione del presente provvedimento. In tale fase il budget assegnato ai D.S.M. sarà invariato rispetto alla spesa dell'anno precedente. Ciò al fine di permettere l'avvio della fase di rivalutazione e ricollocazione dell'utenza verso il setting assistenziale più appropriato in modo graduale e assolutamente non impattante sull'assistenza erogata;

- **fase 2:** nella fase 2, di durata pari a 24 mesi, il budget verrà ricalcolato in base al fabbisogno emerso in sede di rivalutazione dell'utenza effettuata mediante la somministrazione della "Scheda valutazione multidimensionale" conclusasi a novembre 2015, come accennato in premessa e nell'Allegato D del presente provvedimento. Nonostante ciò, il budget assegnato rimarrà invariato rispetto a quello assegnato nella fase 1, ma con delle particolari variazioni in merito. In particolare la quota di budget eccedente, calcolata come differenziale tra il budget assegnato in fase 1 e confermato in fase 2 e il budget ricalcolato in base al fabbisogno emerso dalla rilevazione sul territorio, sarà redistribuito tra i vari D.S.M. in base alla tipologia di utenza accolta presso ciascun territorio;

- **fase 3:** al termine dei 36 mesi e quindi della fase 1 e della fase 2, il budget sarà assegnato ai D.S.M. in base al fabbisogno emerso dall'analisi dell'utenza in carico presso il territorio piemontese prevedendo degli incentivi per i D.S.M. che prediligeranno il ricorso a soluzioni domiciliari. Tali strumenti di incentivazione saranno oggetto di un successivo provvedimento.

12. Inserimenti in case di cura private neuropsichiatriche

Le Case di Cura private neuropsichiatriche inviano ai Dipartimenti competenti per territorio le notifiche dell'avvenuto ricovero, con relativa impegnativa, di pazienti residenti indicandone il codice (56.40 riabilitazione neuropsichiatrica e 60.40 lungodegenza neuropsichiatrica); la segnalazione dovrà essere contestuale al ricovero, e dovrà evidenziare il soggetto inviante (DEA, SPDC, D.S.M., SERD, Medico di Medicina Generale). Le stesse strutture dovranno comunicare l'avvenuta dimissione dei pazienti.

Ciascun Dipartimento comunicherà con cadenza mensile agli uffici Regionali (indirizzo mail salutementale@regione.piemonte.it) l'elenco completo di tutti i ricoveri dei soggetti con residenza sul territorio di propria competenza, indicandone il codice, monitorandone i tempi di permanenza ed evidenziando gli eventuali ricoveri di durata anomala.

Sezione 2 – Procedure per l'esercizio, l'accreditamento e la messa a contratto delle strutture residenziali psichiatriche e disposizioni in tema di vigilanza e controllo

1. Procedure per l'autorizzazione all'esercizio

1.1 Istanza di autorizzazione all'esercizio

L'esercizio, per le strutture residenziali psichiatriche è subordinato alla presentazione di una istanza di autorizzazione. Le norme sull'autorizzazione all'esercizio sono disciplinate dall'articolo 19 della legge 7 agosto 1990, n. 241, "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" oltre che dal D. Lgs. n. 502, 30 dicembre 1992 e s.m.i.

Modalità di presentazione della istanza di autorizzazione all'esercizio

Il legale rappresentante del soggetto gestore (o il procuratore speciale) presenta l'istanza di autorizzazione all'esercizio, entro novanta giorni dall'entrata in vigore del presente provvedimento, alla ASL territoriale di riferimento, per conoscenza al Comune di ubicazione della struttura e alla Regione, mediante presentazione diretta, invio postale con raccomandata con avviso di ricevimento, posta elettronica certificata (PEC). Al momento della presentazione dell'istanza le strutture dovranno specificare per quale tipologia di utenza specifica intendono erogare servizi, nell'ambito del livello S.R.P. per il quale sono legittimati a presentare domanda ai sensi del presente provvedimento.

Alla istanza di autorizzazione all'esercizio, presentata con apposita modulistica regionale che verrà definita con successivo provvedimento attuativo, deve essere allegata, oltre a quanto necessario per comprovare la sussistenza dei requisiti richiesti dal presente provvedimento, la seguente documentazione:

- n. 2 copie di planimetrie con destinazione d'uso (quotata, orientata, completa di sezione, in scala 1/100 con calcolo analitico e separato dei rapporti aeranti e illuminanti);
- certificazione impiantistica (idro/sanitaria ed elettrica);
- monte ore del personale presente nella struttura, con qualifica;
- indicazione del Legale Rappresentante.

Unicamente per la ASL, alla istanza devono essere allegati autocertificazioni, attestazioni ed elaborati tecnici atti a comprovare la sussistenza dei requisiti minimi stabiliti dal D.P.R. 14 gennaio 1997 e dal presente provvedimento.

Strutture gestite direttamente dalle ASL

Per le strutture gestite direttamente dalle ASL, l'istanza di autorizzazione all'esercizio viene presentata alla ASL tenuta a effettuare l'attività di vigilanza e alla Regione Piemonte, soggetto competente al rilascio del titolo, secondo le relative disposizioni vigenti (Allegato 1 – D.G.R. n. 12 - 64587 del ottobre 2013).

1.2 Procedimento di autorizzazione all'esercizio

La ASL, senza attendere la decorrenza dei termini previsti per le verifiche e le conseguenti attestazioni, in caso di istanza di autorizzazione incompleta, mancante cioè di elementi essenziali (come ad esempio: la sottoscrizione da parte del legale rappresentante, i dati o la documentazione allegata previsti nella modulistica regionale, la possibilità di identificare la tipologia di struttura a cui l'istanza si riferisce) comunica al soggetto gestore l'irricevibilità o l'inammissibilità o l'improcedibilità della istanza, ai sensi della Legge 241/1990 e s.m.i.. Il gestore ha in tal caso la facoltà di presentare una nuova istanza.

In caso di presentazione di istanza di autorizzazione all'esercizio formalmente regolare:

- a. la ASL accerta, entro novanta giorni dall'effettivo ricevimento della istanza di autorizzazione all'esercizio, l'esistenza dei requisiti per l'esercizio, effettuando anche un sopralluogo presso la struttura;
- b. comunica l'esito della verifica alla Regione;
- c. nel caso di sopralluogo con esito positivo, entro i successivi trenta giorni, viene adottato il provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti di esercizio. Detto provvedimento è trasmesso al soggetto gestore entro cinque giorni lavorativi dalla sua adozione. Il titolo autorizzativo è rilasciato dall'ASL competente per territorio. Per le strutture gestite direttamente dalle ASL il titolo autorizzativo viene rilasciato dagli Uffici competenti della Direzione Sanità;
- d. nel caso, invece, di accertata carenza dei requisiti minimi, fatta salva l'applicazione delle dovute sanzioni amministrative, la ASL emette un atto di diffida imponendo al gestore di ottemperare alle prescrizioni rilevate entro un congruo termine non inferiore a trenta giorni.

Qualora si riscontri una situazione di rischio per la salute o per la sicurezza pubblica, dispone con provvedimento motivato il divieto di prosecuzione dell'attività e l'obbligo di rimozione degli eventuali effetti dannosi provocati. In tale eventualità gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e i relativi oneri per la idonea collocazione degli utenti in altre strutture, in raccordo con la ASL, gli utenti e loro famiglie (o i tutori o gli amministratori di sostegno) e i comuni di residenza degli utenti;

e. fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute per l'inosservanza di altre normative regionali o nazionali, in caso di mancato adeguamento nei termini indicati alle prescrizioni contenute nella diffida, adotta un provvedimento motivato di divieto di prosecuzione dell'attività, ai sensi dall'art. 19 della legge n. 241/1990 e s.m.i.;

f. fornisce alla Regione comunicazione dell'esito delle verifiche condotte e dei provvedimenti adottati. Tutte le comunicazioni tra ASL e Regione avvengono via PEC nel rispetto dell'art. 65 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, "Codice dell'Amministrazione Digitale".

1.3 Effetti giuridici dell'autorizzazione all'esercizio

Gli effetti giuridici dell'esercizio sono subordinati alla conclusione del procedimento e all'adozione del relativo provvedimento autorizzativo. Il soggetto gestore è tenuto, già dal momento di presentazione della istanza di autorizzazione all'esercizio, a dimostrare il possesso di tutti i requisiti previsti per l'esercizio della struttura. Lo standard di personale è invece assicurato in relazione alla progressiva presa in carico di utenti.

Il soggetto gestore è tenuto a:

- a. garantire alla ASL, che esercita ai sensi della normativa regionale i compiti di vigilanza e controllo sulle strutture: l'accesso a tutti i locali della struttura; l'accesso alla documentazione relativa al rapporto con i D.S.M. rilevante ai fini dell'esercizio dell'unità di offerta; la possibilità di intraprendere ogni ulteriore esame finalizzato a verificare l'allineamento della gestione reale a quanto dichiarato nei diversi documenti prodotti dal soggetto gestore; la facoltà di assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari.

1.4 Sospensione o revoca dell'autorizzazione all'esercizio

Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, le strutture incorrono nella sospensione o revoca dell'esercizio, previa diffida da parte della ASL ad adempiere entro un congruo termine, nei seguenti casi:

- a. quando l'attività sia esercitata in mancanza dei requisiti minimi;
- b. quando non venga garantito il mantenimento di uno o più requisiti di autorizzazione/accreditamento;
- c. quando sono assegnate codifiche che, rispetto alle indicazioni regionali, non rappresentino in modo corretto la classificazione della fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- d. quando vi sono gravi e/o ripetute inadempienze degli obblighi assunti nell'espletamento del servizio;
- e. per l'erogazione di prestazioni non previste tra quelle rispondenti alla specifica tipologia di strutture;
- f. per il mancato rispetto delle procedure previste nei casi di cambiamento del soggetto gestore;
- g. per il mancato rispetto delle disposizioni contenute nella contrattazione collettiva e degli obblighi in materia di sicurezza del lavoro;
- h. per la presenza di pazienti per un numero superiore rispetto a quello autorizzato;
- i. mancata ottemperanza alle prescrizioni impartite dalla Commissione di Vigilanza.

l'accertamento dell'inosservanza reiterata delle prescrizioni impartite, la violazione, anche senza preventiva irrogazione di prescrizioni, in materia di sanità, igiene e di sicurezza che siano di grave pregiudizio per la sicurezza e la salute delle persone, provoca la revoca del titolo autorizzativo; è prevista inoltre la revoca nel caso di emanazione, a carico del titolare dell'autorizzazione, di sentenza passata in giudicato per i reati che incidano sulla moralità professionale, o qualora il soggetto titolare sia stato dichiarato fallito.

Nel caso di sospensione e/o revoca il soggetto inserente dovrà assicurare la continuità assistenziale. La ASL entro i successivi trenta giorni disporrà in merito e ne darà comunicazione al soggetto gestore e alla Regione per conoscenza.

1.5 Cessazione dell'attività

In caso di cessazione dell'attività, il gestore deve darne comunicazione alla ASL, al Comune e per conoscenza alla Regione, dimostrando di aver garantito la continuità dell'assistenza agli utenti.

2. Procedure per l'accreditamento

2.1 Istanza di accreditamento

La presentazione dell'istanza di accreditamento può avvenire contestualmente alla presentazione della istanza di autorizzazione all'esercizio. L'istanza deve essere presentata, utilizzando la modulistica regionale, che sarà definita con successivo atto, alla Regione e alla ASL competente per territorio, mediante presentazione diretta, invio postale con raccomandata con avviso di ricevimento, posta elettronica certificata (PEC). All'istanza di accreditamento, inoltre, devono essere allegati dichiarazioni sostitutive di certificazioni o atti notori, attestazioni ed elaborati tecnici, necessari a comprovare la sussistenza dei requisiti soggettivi, strutturali e tecnologici, organizzativi e gestionali previsti dal presente provvedimento.

2.2 Procedimento di accreditamento

La ASL procede, entro novanta giorni dal ricevimento della domanda di accreditamento, a verificare il possesso dei requisiti attestati, anche mediante sopralluogo nella struttura. Qualora il sopralluogo si concluda con esito positivo, la ASL, entro i successivi trenta giorni, adotta il provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti di accreditamento (oltre che di esercizio, nel caso di istanza di autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento contestuale). Detto provvedimento è trasmesso alla Regione e alla struttura entro cinque giorni lavorativi dalla sua adozione. Nel caso, invece, di accertata carenza o di mancato mantenimento di un requisito, fatte salve le responsabilità di natura civile e penale nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, la ASL:

- a. emette un atto di diffida, imponendo al gestore di ottemperare alle prescrizioni impartite entro un congruo termine, che non può essere superiore a sessanta giorni;

b. accertato l'assolvimento delle prescrizioni, adotta il provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti di accreditamento e lo trasmette alla Regione e al soggetto gestore entro cinque giorni lavorativi dalla sua adozione;

c. decorso invece infruttuosamente il termine della diffida, adotta il provvedimento con cui si attesta la carenza dei requisiti di accreditamento e lo trasmette alla Regione e al soggetto gestore entro cinque giorni lavorativi.

Qualora si riscontri una situazione di rischio per la salute o per la sicurezza pubblica, la ASL dispone, con provvedimento motivato, il divieto di prosecuzione dell'attività e l'obbligo di rimozione degli eventuali effetti dannosi provocati. In tale eventualità gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e i relativi oneri per l'idonea collocazione degli utenti in altre strutture, in raccordo con la ASL, gli utenti e le loro famiglie (o i tutori o gli amministratori di sostegno) e i comuni di residenza degli utenti.

La Regione, ricevuto il provvedimento della ASL di attestazione del possesso o di carenza dei requisiti di accreditamento, entro i successivi trenta giorni dispone l'accreditamento della struttura o la sua modifica, ovvero il diniego dell'accreditamento e ne dà comunicazione sia alla ASL che al soggetto gestore. In tale fase la Regione provvede all'iscrizione della struttura all'interno del sistema informativo per la salute mentale nel quale verrà riportato il dettaglio delle strutture accreditate.

Entro novanta giorni dalla data di emanazione del decreto di accreditamento, la ASL esegue un ulteriore sopralluogo, senza preavviso, al fine di verificare il mantenimento dei requisiti. In particolare la ASL verifica l'adeguatezza quantitativa e qualitativa delle unità di personale presenti in relazione alla progressiva presa in carico degli utenti. Dell'esito del sopralluogo la ASL dà comunicazione alla Regione con l'invio del relativo verbale.

Nei casi in cui il sopralluogo post accreditamento si concluda con esito negativo, si applica la seguente procedura:

a. la ASL emette un atto di diffida, imponendo alla struttura di ottemperare alle prescrizioni impartite entro un congruo termine, non superiore a trenta giorni;

b. accertato l'assolvimento delle prescrizioni, la ASL comunica al soggetto gestore e alla Regione l'esito positivo della verifica;

c. decorso, invece, infruttuosamente il termine della diffida, la ASL adotta il provvedimento di proposta di sospensione dell'accreditamento per un periodo minimo di sette e massimo di sessanta giorni, durante il quale il gestore è tenuto ad adeguarsi alle prescrizioni;

d. l'accertamento di una carenza di requisiti tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, diretto e immediato o indiretto e potenziale, comporta la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione all'esercizio e la proposta di sospensione dell'accreditamento per un periodo minimo di tre e massimo di sessanta giorni. La ASL dispone altresì, con provvedimento motivato, il divieto di prosecuzione dell'attività e l'obbligo di rimozione degli eventuali effetti dannosi provocati. In tale eventualità gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e i relativi oneri per la idonea collocazione degli utenti in altre strutture, in raccordo con la ASL, gli utenti e le loro famiglie (o i tutori o gli amministratori di sostegno), i comuni di residenza degli utenti

e. nel caso di ulteriore mancato adeguamento, ovvero in caso di fatti di accertata gravità, la ASL adotta il provvedimento di proposta di revoca dell'accreditamento;

f. la ASL fornisce sempre comunicazione alla Regione dell'esito delle verifiche effettuate e dei provvedimenti adottati.

La Regione, ricevuto il provvedimento della ASL di proposta di sospensione o di revoca o di decadenza dell'accreditamento, dispone di conseguenza entro trenta giorni. In caso di revoca dell'accreditamento, la Regione provvede a cancellare la struttura dal sistema informativo per la salute mentale in cui è riportato il dettaglio delle strutture accreditate e ne dà comunicazione sia alla ASL che al soggetto gestore.

2.3 Effetti giuridici dell'accreditamento

Gli effetti giuridici dell'accreditamento sono subordinati alla conclusione del procedimento e all'adozione del relativo provvedimento regionale. Il soggetto gestore è tenuto, già dal momento di presentazione della istanza di autorizzazione contestuale o della richiesta di accreditamento, a dimostrare il possesso di tutti i requisiti previsti per l'accreditamento della struttura, indipendentemente dall'effettiva presenza di ospiti o utenti. Lo standard di personale è invece assicurato in relazione alla progressiva presa in carico di utenti.

L'accreditamento della struttura comporta l'obbligo per il soggetto gestore di mantenere i requisiti di esercizio e accreditamento previsti dal presente provvedimento.

Il soggetto gestore accreditato è tenuto a:

- a. assolvere il debito informativo prescritto dalla Regione;
- b. garantire alla ASL, che esercita ai sensi della normativa regionale i compiti di vigilanza e controllo sulle strutture: l'accesso a tutti i locali della struttura; l'accesso alla documentazione relativa al rapporto di accreditamento o, comunque, rilevante ai fini dell'esercizio dell'unità di offerta; la possibilità di intraprendere ogni ulteriore esame finalizzato a verificare l'allineamento della gestione reale a quanto dichiarato nei diversi documenti prodotti dal soggetto gestore; la facoltà di assumere informazioni dirette dal personale, dagli ospiti e dai loro familiari.

2.4 Voltura dell'accreditamento

Il trasferimento dell'accreditamento da un soggetto gestore a un altro è subordinato all'emanazione di un provvedimento regionale di voltura, finalizzato ad accertare la sussistenza dei requisiti soggettivi del soggetto gestore subentrante.

Il soggetto gestore subentrante attiva il procedimento attraverso la presentazione di un'istanza alla Regione e alla ASL competente per territorio, utilizzando una apposita modulistica regionale che sarà definita con successivo atto, mediante presentazione diretta, invio postale con raccomandata con avviso di ricevimento, posta elettronica certificata (PEC). La trasmissione alla Regione deve avvenire esclusivamente tramite PEC.

All'istanza di voltura dell'accreditamento, unicamente per la ASL, deve essere allegata la seguente documentazione:

- a. il contratto e/o l'atto unilaterale di cessione, in relazione al quale il nuovo soggetto subentra nella gestione della struttura, la cui efficacia è comunque subordinata all'adozione del provvedimento regionale di voltura dell'accreditamento;
- b. per l'ipotesi in cui l'immobile non sia di proprietà del soggetto gestore: dichiarazione del proprietario che attesti che non sussistono impedimenti al subentro del nuovo soggetto nel godimento dell'immobile e al trasferimento dell'accreditamento;
- c. dichiarazione di impegno del soggetto subentrante a garantire il mantenimento dei requisiti organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici, di esercizio e di accreditamento;
- d. dichiarazione di impegno del soggetto uscente a garantire la continuità dell'attività sino all'adozione del provvedimento regionale di voltura.

Il richiedente non è tenuto a produrre, se non in caso di loro modifica, i documenti che attestano il possesso dei requisiti di carattere strutturale. La ASL procede a verificare il possesso dei requisiti soggettivi e ne trasmette l'esito alla Regione e agli interessati entro sessanta giorni dal ricevimento della domanda di voltura, con provvedimento di attestazione del possesso dei requisiti. La Regione, entro trenta giorni dal ricevimento del provvedimento della ASL, adotta il decreto che dispone la voltura dell'accreditamento e ne dà comunicazione alle parti e alla ASL. La Regione provvede all'iscrizione della variazione del soggetto gestore all'interno del sistema informativo per la salute mentale in cui è riportato il dettaglio delle strutture accreditate e ne dà comunicazione sia alla ASL che ai soggetti interessati. La ASL, entro novanta giorni dal decreto di voltura, effettua una visita di vigilanza presso la struttura, al fine di verificare il mantenimento dei requisiti, con particolare attenzione ai requisiti organizzativi e gestionali.

2.5 Sospensione o revoca dell'accreditamento

Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto

di altre normative regionali o nazionali, le strutture incorrono nella sospensione o revoca dell'accreditamento, previa diffida da parte della ASL ad adempiere entro un congruo termine (vedi paragrafo 2.2), nei seguenti casi:

- a. quando l'attività sia esercitata in mancanza dei requisiti minimi;
- b. quando non venga garantito il mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento;
- c. quando sono assegnate codifiche che, rispetto alle indicazioni regionali, non rappresentino in modo corretto la classificazione della fragilità degli utenti o l'appropriatezza delle prestazioni erogate
- d. per l'erogazione di prestazioni non previste tra quelle rispondenti alla specifica tipologia di struttura;
- e. per il mancato, tardivo o incompleto invio alla Regione o alla competente ASL delle comunicazioni o dei flussi informativi previsti dalla vigente normativa in materia di accreditamento;
- f. quando si verifichi la perdita del titolo di godimento dell'immobile sede dell'attività;
- g. per il mancato rispetto delle procedure previste nei casi di cambiamento del soggetto gestore.

Per le fattispecie sopra riportate ai punti a., b., c. (riferite al medesimo utente) e riscontrate per tre volte nel corso dei dodici mesi successivi al primo riscontro, la diffida dovrà essere fatta contestualmente alla proposta di sospensione dell'accreditamento.

La Regione, ricevuto il provvedimento della ASL di proposta di sospensione o di revoca dell'accreditamento, entro i successivi trenta giorni dispone di conseguenza e ne dà comunicazione sia alla ASL che al soggetto gestore. In caso di revoca dell'accreditamento, la Regione provvede a cancellare la struttura dal sistema informativo per la salute mentale in cui è riportato il dettaglio delle strutture accreditate e ne dà comunicazione sia alla ASL che al soggetto gestore.

2.6 Decadenza dell'accreditamento

Si incorre nella decadenza dell'accreditamento nel caso di cessazione dell'attività. In particolare la decadenza è disposta dalla Regione a seguito di comunicazione da parte della struttura. La ASL verifica la salvaguardia della continuità assistenziale degli utenti e ne dà comunicazione in Regione. Qualora la cessazione dell'attività derivi da una decisione del gestore, viene fissato un termine di preavviso minimo di novanta giorni, fatta salva diversa valutazione della ASL competente. Gravano in capo al soggetto gestore tutti gli adempimenti e i relativi oneri per l'idonea collocazione degli utenti in altre strutture, in raccordo con la ASL, gli utenti stessi, le loro famiglie, eventuali tutori o amministratori di sostegno e i comuni di residenza.

La Regione comunica alla ASL e al soggetto gestore interessato il provvedimento di decadenza dall'accreditamento e cancella il soggetto dal sistema informativo della salute mentale dove è riportato il dettaglio delle strutture accreditate.

3. Messa a contratto

I contratti vengono sottoscritti tra la ASL territorialmente competente e i soggetti accreditati per ciascuna struttura. Il contratto non prevedrà la determinazione di un importo economico – finanziario correlato, in quanto le risorse saranno gestite direttamente dai D.S.M.. Come dettagliato nel presente provvedimento, infatti, verrà assegnato ai D.S.M. un budget relativo ai servizi territoriali della salute mentale. All'interno di tale budget sarà compito del D.S.M. definire la tipologia di struttura in cui inserire gli utenti.

4. Vigilanza e controllo

Le ASL esercitano le funzioni di vigilanza e controllo relative alle strutture per la Salute Mentale previste dalla normativa regionale vigente (D.G.R. n.12 - 6458 del 7 ottobre 2013) oltre che dagli specifici provvedimenti attuativi della programmazione regionale (D.D. n.934 del 19 novembre 2013).

La funzione di vigilanza è svolta dalle Commissioni di Vigilanza per le attività sanitarie delle ASCompetenti per territorio attraverso attività finalizzate alla verifica del possesso e del mantenimento nel tempo dei requisiti generali e specifici, di esercizio e di accreditamento, che comprendono i requisiti soggettivi, organizzativi e gestionali, strutturali e tecnologici. E' compito

altresì delle Commissioni di Vigilanza effettuare i controlli sul rispetto dell'adempimento degli obblighi contrattuali dei soggetti gestori.

L'attività si concretizza in sopralluoghi presso le strutture, con cadenza almeno annuale, in cui sarà verificato il possesso dei requisiti di esercizio e accreditamento oltre che l'appropriatezza dell'attività erogata. I sopralluoghi termineranno, con la redazione, da parte della Commissione di Vigilanza, di un verbale, come da modello di cui alla D.D. n. 934 del 19/11/2013, che verrà recepito in un apposito provvedimento del Direttore Generale entro 30 giorni dalla sua redazione ed inviato alla Regione Piemonte, Assessorato Sanità, Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria Territoriale, indicando le prescrizioni impartite a seguito delle eventuali carenze riscontrate. Nel caso in cui, a seguito dei sopralluoghi, le Commissioni di Vigilanza dovessero riscontrare degli inadempimenti rispetto alla normativa vigente in merito all'esercizio dell'attività sanitaria, tali evidenze dovranno essere comunicate tempestivamente alla ASL di residenza per gli eventuali e correlati effetti contabili e finanziari al fine della corretta liquidazione delle prestazioni erogate ai propri residenti.

Ambito e modalità di attuazione

Le attività di vigilanza e controllo sono svolte nel rispetto delle disposizioni descritte nella D.G.R. n. 12 - 6458 del 7 ottobre 2013, *Attività di vigilanza relativa alle strutture per la Salute Mentale e per le Dipendenze Patologiche. Indicazioni procedurali per l'esercizio della funzione da parte delle Commissioni di vigilanza per le Attività-Sanitarie delle ASL.*

La finalità è quella di verificare la sussistenza e il mantenimento da parte delle strutture dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi sulla base della normativa vigente. In tale ottica, tale attività viene svolta attraverso sopralluoghi presso le strutture, durante i quali vengono esaminati i seguenti aspetti (come richiesto nella D.D. n.934 del 19 novembre 2013):

- disponibilità di documentazione inerente i controlli;
- rilievi gestionali;
- rilievi igienico sanitari;
- rilievi tecnici;
- rilievi del D.S.M..

Oltre ad una verifica prettamente documentale dei requisiti strutturali, organizzativi e gestionali, la Commissione di Vigilanza ha altresì il compito di verificare che le strutture erogino la corretta e migliore assistenza agli utenti. Pertanto sono previste delle attività volte a verificare l'appropriatezza delle prestazioni in struttura. In particolare per ogni utente dovrà essere compilata la parte relativa alle informazioni seguenti:

- data di nascita;
- data di inserimento in struttura;
- ente inviante;
- diagnosi;
- prescrizione dei farmaci;
- verifica data di scadenza del P.T.R.P.;
- retta giornaliera.

Sono soggette a verifica da parte delle Commissioni di Vigilanza, tutte le strutture pubbliche e private accreditate per la salute mentale adulti, mentre nel caso di strutture direttamente gestite dalle ASL tale attività è svolta dalle Commissioni di Vigilanza in una logica incrociata, così come indicato nell'allegato 1 della D.G.R. n. 12 - 6458 del 7 ottobre 2013.

I sopralluoghi della Commissione di Vigilanza presso le strutture sono svolti nell'ambito dell'attività pianificata, a seguito di istanza di autorizzazione all'esercizio e di istanza di accreditamento. La frequenza è almeno annuale con possibilità di azioni di vigilanza straordinaria in qualsiasi momento durante il corso dell'anno, in base a richieste pervenute da altri enti o altri eventi imprevisti.

Il personale incaricato di svolgere attività di vigilanza e controllo deve essere abilitato ad "assumere informazioni e procedere a ispezioni di cose e di luoghi diversi dalla privata dimora, a rilievi segnaletici, descrittivi e fotografici e ad ogni altra operazione tecnica", nell'ambito delle funzioni

previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, Modifiche al sistema penale. Agli operatori incaricati è garantito l'accesso ai dati ed alle informazioni aggiornate a disposizione delle ASL (rendicontazioni, contratti in essere, registri informatizzati, ecc.).

Verbale di sopralluogo e relativi adempimenti

Le verifiche di vigilanza ed i controlli di appropriatezza condotti presso le strutture si concludono con la redazione in loco del verbale di sopralluogo, come da modello già indicato. Il verbale deve riportare le operazioni svolte e gli elementi rilevanti emersi durante il sopralluogo. Il documento redatto in tale circostanza deve richiamare eventuali allegati o altri elementi utili acquisiti durante l'ispezione presso la struttura e comunque contenere per ogni utente (come da modello definito nella D.D. n.934 del 19 novembre 2013):

- data di nascita;
- data di inserimento in struttura;
- ente inviante;
- diagnosi;
- prescrizione dei farmaci;
- verifica data di scadenza del P.T.R.P.;
- retta giornaliera.

Inoltre:

- numero di identificazione del verbale;
- indicazione di data, ora e luogo dell'ispezione;
- nominativo, qualifica e unità organizzativa di appartenenza degli operatori che hanno effettuato il sopralluogo, con l'individuazione del presidente;
- identificazione degli operatori delle strutture che prendono parte al sopralluogo;
- identificazione di eventuali altre persone presenti al sopralluogo;
- esplicitazione degli obiettivi e del campo di azione dell'ispezione;
- dati identificativi della struttura o dell'attività sottoposta al sopralluogo e del legale rappresentante del soggetto gestore;
- azioni e attività intraprese, elementi verificati, evidenze raccolte e risultati delle rilevazioni;
- eventuale documentazione acquisita agli atti;
- eventuale richiesta di documentazione integrativa con indicazione delle modalità e dei tempi di trasmissione della stessa;
- eventuali dichiarazioni e controdeduzioni formulate durante il sopralluogo dal legale rappresentante del soggetto gestore o, in sua assenza, del delegato o altra persona incaricata;
- esito del sopralluogo, con valutazione sintetica finale, ovvero con rimando alle ulteriori attività istruttorie, qualora l'attività di vigilanza o controllo di appropriatezza necessiti di successivi approfondimenti, verifiche documentali o valutazioni ulteriori;
- firme degli operatori della ASL che hanno eseguito il sopralluogo e del legale rappresentante o, in sua assenza, del delegato o di altra persona presente al sopralluogo (oppure registrazione dell'eventuale rifiuto di questi ultimi alla sottoscrizione).

Il verbale, redatto a seguito del sopralluogo, deve essere recepito con apposito provvedimento del Direttore Generale entro un congruo termine, di norma non superiore ai 30 giorni dall'avvenuta verifica, e trasmesso, anticipandolo per posta elettronica ad apposito contatto regionale alla Regione Piemonte, Assessorato Sanità, Settore Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale le prescrizioni impartite a seguito delle eventuali carenze riscontrate.

Al termine del sopralluogo, una copia del verbale è consegnata al legale rappresentante del soggetto gestore oppure a un suo delegato o persona presente, incaricato del successivo inoltro. Le Commissioni di Vigilanza per le attività Sanitarie competenti per territorio, dovranno altresì verificare l'avvenuta esecuzione delle prescrizioni impartite a seguito delle carenze riscontrate allo scadere del termine assegnato e, nel caso in cui la struttura non vi abbia ottemperato, adottare adeguati provvedimenti, anche di tipo sanzionatorio (diffida, blocco degli inserimenti, sospensione, revoca del titolo autorizzativo).

Gli eventuali atti conseguenti al sopralluogo, a carattere prescrittivo e/o sanzionatorio, di abbattimento economico e/o di inadempienza contrattuale, sono di norma adottati con provvedimenti distinti dal verbale.

Indicazioni operative per l'attività di vigilanza

Vigilanza sui requisiti soggettivi

Gli enti gestori, in sede di verifica da parte della Vigilanza, sono tenuti ad attestare il possesso dei requisiti soggettivi con autocertificazioni o dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà e a trasmetterle alle ASL entro un mese dalla nomina e successivamente, durante lo svolgimento dell'incarico, entro il mese di gennaio di ciascun anno.

I documenti e le dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di atto notorio ancora in corso di validità e già prodotti in altri procedimenti possono non essere ripresentati, in quanto è sufficiente indicare il procedimento nel quale tali documenti sono stati prodotti. Le ASL provvedono, secondo le modalità definite dalla normativa vigente, alle conseguenti verifiche presso gli enti competenti.

Vigilanza sui requisiti organizzativi e gestionali

In merito ai requisiti organizzativi e gestionali, la verifica oggetto di vigilanza verterà in particolare su:

- gestione delle risorse umane;
- composizione dell'organico - Standard di personale. In tale ambito il controllo verterà sugli standard qualitativi e quantitativi del personale. In particolare per gli standard quantitativi, la verifica viene effettuata di norma almeno su una settimana individuata a campione, prendendo in esame fattori quali: orari di presenza del personale, tabulati delle timbrature, programma dei turni effettuati e il numero e la tipologia degli ospiti presenti in struttura. Per quanto riguarda, invece, gli standard qualitativi, questi ultimi saranno verificati mediante controlli sui seguenti fattori: qualifiche e mansioni del personale presente in struttura, documentazione relativa al possesso delle qualifiche, dei titoli professionali, della iscrizione agli albi in corso di validità, ove prevista, oltre alla presenza del mix professionale nelle proporzioni previste per la tipologia di strutture e di ospiti presenti;
- linee guida procedure e altra documentazione.

Verifica dei requisiti strutturali e tecnologici

In merito ai requisiti strutturali ed organizzativi, in sede di sopralluogo, la Commissione di Vigilanza andrà a verificare il possesso da parte della struttura analizzata di tutti i requisiti strutturali e tecnologici, sia generali che specifici. Tra i vari fattori di controllo, la struttura dovrà anche fornire documentazione in merito a:

- planimetrie della struttura (1:100) redatte, firmate e timbrate da un tecnico abilitato, indicanti tutte le destinazioni d'uso dei locali, arredi e posti letto, completate da relazione igienicosanitaria coerente;
- estratto del libretto della centrale termica con indicazione delle operazioni di manutenzione periodiche prescritte;
- ultima verifica periodica impianto di messa a terra e impianto elevatore;
- registro/rapporto di manutenzione periodica degli impianti elettrici, luci di emergenza e rilevazione incendi.

I documenti richiesti dalle specifiche normative devono essere presenti in originale o in copia conforme all'originale e formalmente corretti, ovvero datati, firmati e timbrati dagli enti previsti dalle norme.

Indicazioni operative per il controllo amministrativo

La Commissione di Vigilanza individuata verifica che:

- l'importo delle tariffe corrisponda alle classi o alla tipologia di ospiti o di prestazioni rendicontate;
- il numero totale delle giornate fatturate in un trimestre (nelle strutture residenziali e semi residenziali) non sia mai superiore al numero di posti moltiplicato per il numero delle giornate

riferite allo stesso trimestre; - le fatturazioni inerenti le persone nel frattempo decedute corrispondano alle effettive prestazioni erogate fino alla data del decesso.

Indicazioni operative per il controllo di appropriatezza

Con successivi provvedimenti, attuativi alla presente Delibera, la Regione definirà le modalità per l'effettuazione dei controlli di appropriatezza.

Oltre a ciò, la Direzione Sanità avrà il compito di analizzare gli esiti dei controlli effettuati dalle Commissioni di Vigilanza, definire indicatori appropriatezza, oltre che effettuare una attività di monitoraggio continuo.

Sezione 3 – Requisiti specifici per le strutture residenziali psichiatriche e tariffe

Le strutture residenziali psichiatriche accolgono utenti adulti o nell'ambito della transizione tra servizi per minori e servizi per l'età adulta, in cui poter trattare, quando appropriato e per tempi definiti, i soggetti affetti dai seguenti quadri patologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, disturbi della personalità con grave compromissione del funzionamento personale e sociale.

Per quanto riguarda le strutture e i servizi riguardanti altri quadri patologici, pur rientranti nell'area dell'assistenza psichiatrica, si rinvia a quanto indicato nel già recepito documento AGENAS - GISM.

S.R.P.1 E S.R.P.2 - Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (S.R.P.1) e a carattere estensivo (S.R.P.2)

1. Definizione

Le strutture residenziali psichiatriche per interventi terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (S.R.P.1) e a carattere estensivo (S.R.P.2), sono strutture riservate a pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale di intensità media o grave che richiedono interventi terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare da attuare con programmi a medio - alta intensità riabilitativa.

In particolare, le S.R.P.1 sono strutture nelle quali vengono accolti pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa che possono essere appropriati per una gamma di situazioni diverse, comprese anche gli esordi psicotici o le fasi di post acuzie.

Le strutture a carattere estensivo (S.R.P.2), invece, accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento e sociale gravi o di gravità moderata, ma persistenti e invalidanti, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare, da attuare in programmi a media intensità riabilitativa (anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali).

2. Criteri di eleggibilità

2.1 Criteri di accesso

Possono accedere alle strutture S.R.P.1 ed S.R.P.2 utenti affetti dai seguenti quadri patologici: disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi, oltre che disturbi della personalità con compromissione del funzionamento personale e sociale di media o grave intensità, in alcuni casi persistenti ed invalidanti. Tale tipologia di utenti evidenzia, inoltre, problematiche rilevanti in merito all'autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica oltre che delle abilità sociali.

3. Attività e prestazioni

In base alla tipologia di trattamenti terapeutico riabilitativi erogati dalla struttura, ossia a carattere intensivo (S.R.P.1) ed estensivo (S.R.P.2), sono erogate attività/prestazioni di carattere differente.

All'interno della struttura S.R.P.1 vengono erogate prevalentemente attività cliniche caratterizzate da *interventi terapeutico riabilitativi e assistenziali ad alta intensità* per meglio rispondere alle necessità dell'utenza contraddistinta da una forte riduzione delle autonomie personali e/o disturbi del comportamento. Per il dettaglio delle indicazioni clinico riabilitative e delle aree di intervento, si rimanda a quanto indicato nel modello AGENAS - GISM, già recepito con D.C.R. n. 260 – 40596 del 23 dicembre 2013.

Per quanto riguarda invece le strutture S.R.P.2, le attività cliniche erogate hanno una minore intensità assistenziale, con una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione. Per il dettaglio delle indicazioni clinico riabilitative e delle aree di intervento, si rimanda a quanto indicato nel modello AGENAS - GISM, già recepito con D.C.R. n. 260 – 40596 del 23 dicembre 2013.

In tale ambito, per meglio rispondere alle caratteristiche dell'utenza e alla variabilità ad essa correlata, sono stati previsti due livelli di prestazioni erogabili. In particolare:

- **S.R.P.2 livello 1:** in tale livello sono erogate attività/prestazioni terapeutico riabilitative e assistenziali a media intensità. Tale livello, in particolare, andrà ad accogliere l'utenza che necessita di interventi terapeutico riabilitativi intensivi di medio/basso livello oltre ad un supporto assistenziale di medio livello;

- **S.R.P.2 livello 2:** in tale livello sono erogate attività/prestazioni terapeutico riabilitative a carattere estensivo e assistenziali a media intensità. Tale livello, quindi, andrà ad accogliere una utenza che necessita di un supporto terapeutico riabilitativo meno elevato rispetto al livello 1, ma di media intensità assistenziale viste le condizioni di ridotta autonomia personale.

Oltre a ciò, tali strutture erogano i seguenti servizi/prestazioni:

- soluzione abitativa;
- cura della persona;
- assistenza nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane (come ad esempio l'igiene personale, la cura dell'alloggio, la preparazione dei pasti, ecc.);
- colloqui di sostegno individuali o di gruppo, ove necessario;
- counselling, informazione ed educazione sanitaria;
- accompagnamento presso strutture mediche e servizi del territorio, ove necessario;
- eventuali somministrazioni farmacologiche, anche avvalendosi delle strutture sanitarie di riferimento;
- attività formative orientate al recupero e al mantenimento di competenze sociali e lavorative residue;
- lavoro di rete e rapporti con il territorio (ASL, Comuni) finalizzato al reinserimento sociale e ove possibile lavorativo;
- organizzazione del tempo libero, attività ludiche e socializzanti;
- cura dei rapporti familiari e amicali.

Il funzionamento del servizio è permanente nell'arco delle ventiquattro ore e non prevede interruzioni nel corso dell'anno.

4. Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento

S.R.P.1 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo

In merito ai requisiti per l'esercizio e a quelli di accreditamento per le strutture S.R.P.1 sono confermati i requisiti previsti dalla D.C.R. n. 357 – 1370 del 28 gennaio 1997, allegato A, numero 3 (requisiti minimi strutturali Comunità Protette di tipo A e B; ambienti e funzioni caratteristiche della struttura, ambienti consigliati) e dalla D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009, mentre si prevede un aggiornamento dei requisiti gestionali di esercizio e di accreditamento, come riportato successivamente. Tali strutture dovranno essere collocate preferibilmente in un normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione.

a. Requisiti per l'esercizio

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali d'esercizio previsti per le strutture S.R.P.1, per un nucleo di 20 posti letto sono i seguenti:

- **Medico Psichiatra:** 36 ore a settimana, un medico psichiatra presente per almeno il 50% delle ore settimanali, assume anche la funzione di Dirigente Sanitario responsabile;
- **Psicologo:** 26 ore a settimana;
- **Capo sala:** 20 ore a settimana;

- **Infermiere:** 160 ore a settimana;
- **Pronta disponibilità infermieristica:** 82 ore a settimana;
- **Educatore/Tecnico della Riabilitazione psichiatrica:** 156 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 166 ore a settimana.

Per moduli inferiori a 20 posti letto gli standard vengono proporzionalmente ridotti per non oltre il 70%.

Per motivate esigenze di assistenza, nell'ambito del monte ore delle seguenti figure professionali: infermieri, educatori/tecnici della riabilitazione, OSS, è possibile ridistribuire fino al 30% delle ore complessive all'interno del monte ore delle stesse categorie, fatti salvi i seguenti vincoli: monte ore complessivo della struttura invariato, monte ore pronta disponibilità infermieristica invariato, monte ore minimo di 84 ore settimanali per ciascuna delle tre categorie di figure professionali e monte ore massimo di 166 ore per la figura di OSS.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

b. Requisiti per l'accreditamento

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali di accreditamento previsti per le strutture S.R.P.1, per un nucleo di 20 posti letto, sono i seguenti:

- **Medico psichiatra:** 38 ore a settimana; un medico psichiatra presente per almeno il 50% delle ore settimanali, assume anche la funzione di Dirigente Sanitario responsabile;
- **Psicologo:** 28 ore a settimana;
- **Capo sala:** 20 ore a settimana;
- **Infermiere:** 168 ore a settimana;
- **Pronta disponibilità infermieristica:** 84 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 160 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 168 ore a settimana.

Per moduli inferiori a 20 posti letto gli standard vengono proporzionalmente ridotti per non oltre il 70%. Per motivate esigenze di assistenza, nell'ambito del monte ore delle seguenti figure professionali: infermieri, educatori/tecnici della riabilitazione, OSS, è possibile ridistribuire fino al 30% delle ore complessive all'interno del monte ore delle stesse categorie, fatti salvi i seguenti vincoli: monte ore complessivo della struttura invariato, monte ore pronta disponibilità infermieristica invariato, monte ore minimo di 84 ore settimanali per ciascuna delle tre categorie di figure professionali e monte ore massimo di 168 ore per la figura di OSS.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

I servizi generali sono assicurati da figure professionali diverse da quelle dell'area socio-sanitaria e terapeutica /riabilitativa.

S.R.P.2 - Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo

a) Requisiti per l'esercizio

Requisiti strutturali

In merito ai requisiti per l'esercizio per le strutture S.R.P.2 sono confermati i requisiti previsti dalla D.C.R. n. 357 – 1370 del 28 gennaio 1997, allegato A, numero 3 (requisiti minimi strutturali Comunità Protette di tipo A e B; ambienti e funzioni caratteristiche della struttura, ambienti consigliati) e dalla D.G.R. n. 63 - 12253 del 28 settembre 2009.

Le prestazioni previste per le strutture S.R.P.2 di livello 2 potranno essere erogate anche in strutture aventi le caratteristiche delle civili abitazioni, per un massimo di due nuclei abitativi, ciascuno dei quali potrà accogliere fino a 5 pazienti. Tutto ciò nel rispetto di quanto previsto per i presidi di tutela della salute mentale dal D.P.R. 14 gennaio 1997, già recepito con D.C.R. n. 616 - 3149 del 22

febbraio 2000. Ad ogni modo, tali strutture non potranno avere un numero di posti letto superiore a 10. Tali strutture dovranno dotarsi di una organizzazione interna che garantisca sia gli spazi che i ritmi della normale vita quotidiana, sia le specifiche attività sanitarie, con spazi esclusivi dedicati per il personale, per i colloqui e le riunioni. Inoltre tali strutture dovranno comunque avere le seguenti caratteristiche:

- rispondere ai requisiti previsti per una civile abitazione ed essere in possesso dell'agibilità, nel rispetto di tutte le caratteristiche strutturali e tecnologiche dell'edilizia residenziale;
 - essere costituiti da un massimo di 2 nuclei abitativi, ogni camera non deve ospitare più di due posti letto e la struttura deve essere dotata di almeno un servizio igienico ogni 4 utenti (il servizio deve essere completo e accessibile ai soggetti disabili);
 - essere localizzati possibilmente ai piani bassi degli edifici per una facile accessibilità;
 - essere localizzate nel contesto residenziale urbano, in una strada a viabilità ordinaria, facilmente raggiungibile con i mezzi propri e comunque non inseriti all'interno di strutture residenziali sanitarie e/o socio sanitarie e/o socio assistenziali;
 - disporre di un sistema di rilevazione delle presenze per tutto il personale operante nella struttura.
- Qualora la struttura S.R.P.2 di livello 2 sia composta da 2 nuclei, ciascuno dei quali da 5 posti letto, la dotazione strutturale relativa agli spazi dedicati al personale, ai colloqui e alle riunioni, potrà essere prevista in uno solo dei nuclei, in modo che tali spazi siano fruibili fino ad un massimo di 10 posti letto.

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali d'esercizio per le strutture S.R.P.2 di livello 1 e S.R.P.2 di livello 2, rispettivamente per nuclei da 20 e 10 posti letto, sono i seguenti:

Livello 1

- **Medico psichiatra:** 20 ore a settimana; un medico psichiatra presente per almeno il 50% delle ore settimanali, assume anche la funzione di Dirigente Sanitario responsabile;
- **Psicologo:** 13 ore a settimana;
- **Infermiere:** 114 ore a settimana;
- **Pronta disponibilità infermieristica:** 82 ore a settimana
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 160 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 130 ore a settimana.

Per moduli inferiori a 20 posti letto gli standard vengono proporzionalmente ridotti per non oltre il 70%.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

Per motivate esigenze di assistenza, nell'ambito del monte ore delle seguenti figure professionali: infermieri, educatori/tecnici della riabilitazione, OSS, è possibile redistribuire fino al 30% delle ore complessive all'interno del monte ore delle stesse categorie, fatti salvi i seguenti vincoli: monte ore complessivo della struttura invariato, monte ore pronta disponibilità infermieristica invariato, monte ore minimo di 84 ore settimanali per ciascuna delle tre categorie di figure professionali e monte ore massimo di 130 ore per la figura di OSS.

I servizi generali sono assicurati da figure professionali diverse da quelle dell'area sociosanitaria e terapeutica /riabilitativa.

Livello 2

- **Medico psichiatra:** 7 ore a settimana; un medico psichiatra presente per almeno il 50% delle ore settimanali, assume anche la funzione di Dirigente Sanitario responsabile;
- **Psicologo:** 5 ore a settimana;
- **Infermiere:** 20 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 95 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 80 ore a settimana.

Per moduli inferiori a 10 posti letto gli standard vengono proporzionalmente ridotti per non oltre il

70%.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

Per motivate esigenze di assistenza, nell'ambito del monte ore delle seguenti figure professionali: infermiere, educatori/tecnici della riabilitazione, OSS, è possibile redistribuire fino al 30% delle ore complessive all'interno del monte ore delle stesse categorie, fatti salvi i seguenti vincoli: monte ore complessivo della struttura invariato, monte ore minimo di 18 ore settimanali per la figura di 40 infermiere e di 40 ore per l'OSS e monte ore massimo di 80 ore per la figura di OSS.

I servizi generali sono assicurati da figure professionali diverse da quelle dell'area socio-sanitaria e terapeutica /riabilitativa.

b) Requisiti per l'accreditamento

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali di accreditamento per le strutture S.R.P.2 di livello 1 e S.R.P.2 di livello 2, rispettivamente per nuclei da 20 e 10 posti letto, sono i seguenti:

Livello 1

- **Medico psichiatra:** 21 ore a settimana; un medico psichiatra presente per almeno il 50 delle ore settimanali, assume anche la funzione di Dirigente Sanitario responsabile;
- **Psicologo:** 15 ore a settimana;
- **Infermiere:** 116 ore a settimana;
- **Pronta disponibilità infermieristica:** 84 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 168 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 145 ore a settimana.

Per moduli inferiori a 20 posti letto gli standard vengono proporzionalmente ridotti per non oltre il 70%.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

Per motivate esigenze di assistenza, nell'ambito del monte ore delle seguenti figure professionali: infermieri, educatori/tecnici della riabilitazione, OSS, è possibile redistribuire fino al 30% delle ore complessive all'interno del monte ore delle stesse categorie, fatti salvi i seguenti vincoli: monte ore complessivo della struttura invariato, monte ore minimo di 84 ore settimanali per ciascuna delle tre categorie di figure professionali e monte ore massimo di 145 ore per la figura di OSS.

I servizi generali sono assicurati da figure professionali diverse da quelle dell'area socio-sanitaria e terapeutica /riabilitativa.

Livello 2

- **Medico psichiatra:** 9 ore a settimana; un medico psichiatra presente per almeno il 50% delle ore settimanali, assume anche la funzione di Dirigente Sanitario responsabile;
- **Psicologo:** 7 ore a settimana;
- **Infermiere:** 23 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 98 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 84 ore a settimana.

Per moduli inferiori a 10 posti letto gli standard vengono proporzionalmente ridotti per non oltre il 70%.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

Per motivate esigenze di assistenza, nell'ambito del monte ore delle seguenti figure professionali: infermiere, educatori/tecnici della riabilitazione, OSS, è possibile redistribuire fino al 30% delle ore complessive all'interno del monte ore delle stesse categorie, fatti salvi i seguenti vincoli: monte ore

complessivo della struttura invariato, monte ore minimo di 18 ore settimanali per la figura di infermiere e monte ore massimo di 84 ore per la figura di OSS.

I servizi generali sono assicurati da figure professionali diverse da quelle dell'area sociosanitaria e terapeutica /riabilitativa.

5. Remunerazione

Di seguito si riporta quanto definito in merito alla remunerazione delle strutture S.R.P.1 ed S.R.P.2 (livello 1 e 2). Le tariffe giornaliere/utente sono state definite in base ai requisiti gestionali di accreditamento precedentemente dettagliati. In particolare:

- **S.R.P.1:** la tariffa giornaliera/utente è pari € **160,00**.

- **S.R.P.2:** le tariffe giornaliere/utente sono le seguenti:

3 - Livello 1: € 135,00;

4 - Livello 2: € 111,00.

Le tariffe sono inclusive degli oneri fiscali e sono state calcolate valutando gli effetti indotti dai mutamenti intervenuti per le aliquote IVA e di quanto previsto dai commi 960, 961, 962, 963 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016).

In caso di assenza del paziente è previsto il pagamento della retta in quota ridotta, ossia a copertura dei costi alberghieri e di supporto. Tale quota varia in base alla tipologia di struttura, infatti in caso di assenza da una struttura S.R.P.1 oppure S.R.P. 2 di livello 1 la quota parte di tali costi è pari a € 51,00, mentre in caso di assenza da una struttura S.R.P.2 livello 2 tale quota sarà pari a € 36,00. Nel caso di assenza dell'ospite superiore ai 30 giorni, si provvederà alla dimissione dello stesso. A riguardo si prevede, inoltre, la possibilità di una eventuale deroga, che dovrà essere autorizzata preventivamente dall'ASL del territorio di riferimento, per i pazienti che richiedono l'accoglienza presso altre strutture per periodi superiori al fine di rispondere a particolari esigenze di natura clinica e assistenziale disposte di concerto con il medico curante.

I C.S.M. inserenti possono prevedere per il paziente inserito in struttura S.R.P.1 e S.R.P.2 (livello 1 e livello 2) ulteriori interventi terapeutico riabilitativi purché dettagliati nel P.T.I., in termini di obiettivi e relativi tempi di realizzazione. Tali prestazioni sono erogate al di fuori delle attività residenziali tipiche della struttura S.R.P.1 e S.R.P.2 (livello 1 e 2), sono gestite sotto la responsabilità del D.S.M. e non possono costituire motivo di integrazione con la retta applicata all'interno dalla struttura residenziale.

La remunerazione delle prestazioni fruite dagli utenti presso le strutture terapeutico riabilitative a carattere intensivo è posta a totale carico del Fondo Sanitario Regionale (FSR).

S.R.P.3 - Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi

1. Definizione

Le strutture residenziali psichiatriche per interventi socioriabilitativi (S.R.P.3) sono rivolte a pazienti con problemi psichiatrici lievi non assistibili presso il proprio contesto familiare e che richiedono un basso livello di intensità assistenziale. Nella tipologia di strutture residenziali SRP.3 le figure professionali previste e il loro impegno orario devono essere adeguate alle attività richieste dall'intensità riabilitativa bassa dei programmi erogati e dai livelli di intensità assistenziale offerti.

Gli interventi socioriabilitativi erogati da questa tipologia di struttura sono caratterizzati da una bassa intensità riabilitativa e sono rivolti ad utenti in condizioni psicopatologiche stabilizzate, con compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana, oltre a problemi relazionali in ambito familiare e sociale.

Pertanto le attività predominanti sono riconducibili a quelle di assistenza e risocializzazione, mentre non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo. Per quanto riguarda, invece, l'attività clinico psichiatrica, quest'ultima prevede solamente un monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche al fine di permettere il mantenimento della condizione di stabilità clinica dell'utente. Oltre a ciò, sono previste delle attività di gruppo di tipo espressivo, ludico e motorio, in sede o fuori dalla sede, e incontri periodici con il C.S.M. che ha in carico il paziente.

2. Criteri di eleggibilità

Criteri di accesso

Sono utenti stabilizzati/cronicizzati con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa. In particolare le diverse tipologie di strutture S.R.P.3 accolgono una utenza con caratteristiche differenti:

- S.R.P.3 con assistenza sulle 24 ore: gli utenti si contraddistinguono per: condizioni psicopatologiche stabilizzate, compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi, problemi relazionali di gravità media o gravi in ambito familiare e con amici/conoscenti, aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno sufficiente;
- S.R.P.3 con assistenza sulle 12 ore: gli utenti si contraddistinguono per: condizioni psicopatologiche stabilizzate, compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo e/o con pregressa scarsa risposta ai trattamenti riabilitativi nella cura di sé e nelle attività sociali complesse, problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti, aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona;
- S.R.P.3 con assistenza a fasce orarie: gli utenti si contraddistinguono per: condizioni psicopatologiche stabilizzate, compromissione di funzioni e abilità nelle attività della vita quotidiana insorte da tempo, non sono di norma presenti difficoltà nel far fronte agli imprevisti e soprattutto alle emergenze, problemi relazionali di gravità media in ambito familiare e con amici/conoscenti, aderenza al programma terapeutico-riabilitativo almeno buona.

3. Attività e prestazioni

In base alla tipologia di assistenza erogata dalle strutture S.R.P.3, ossia sulle 24 ore, 12 ore o a fasce orarie, sono erogate delle prestazioni/attività differenti da parte delle strutture.

Nel caso di strutture S.R.P.3 con assistenza sulle 24 ore, in termini di aree di intervento, la tipologia di prestazioni/attività erogate sono caratterizzate dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di assistenza e risocializzazione. In particolare:

- area riabilitativa: non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo, prevalgono le attività di assistenza erogate direttamente dal personale, mentre il coinvolgimento del paziente nelle attività quotidiane della struttura è previsto in misura minore;
- area di risocializzazione: offerta prevalente di interventi di risocializzazione, partecipazione ad attività comunitarie e ad attività di gruppo di tipo espressivo, ludico o motorio, in sede e fuori sede. Queste ultime possono essere promosse dalla struttura, ma è auspicabile un raccordo con la rete sociale.

Nel caso, invece, delle strutture S.R.P.3 con assistenza sulle 12 ore, le prestazioni/attività erogate riguardano l'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di risocializzazione ed il persistere di una quota di assistenza diretta da parte del personale. In particolare:

- area riabilitativa: non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo, alcune attività di assistenza sono erogate direttamente dal personale o sotto la sua supervisione, ma è previsto in misura maggiore che nelle strutture socio-riabilitative a 24 ore il coinvolgimento attivo del paziente nelle attività quotidiane della struttura;
- area di risocializzazione: le attività di risocializzazione avvengono prevalentemente fuori sede, in raccordo con la rete sociale;

Infine nel caso delle strutture che erogano assistenza per fasce orarie, le prestazioni/attività erogate riguardano programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione e risocializzazione. In particolare:

- area riabilitativa: non sono previste attività strutturate in campo riabilitativo; il personale svolge un'attività di supervisione ed è previsto il coinvolgimento attivo del paziente nella gestione delle attività quotidiane della struttura;
- area di risocializzazione: le attività di risocializzazione avvengono fuori dalla struttura in raccordo con la rete sociale.

Nelle diverse tipologie di strutture, a prescindere dal livello di intensità assistenziale, sono fornite le medesime prestazioni nelle seguenti aree di intervento:

- area clinico psichiatrica: monitoraggio periodico delle condizioni psicopatologiche, al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica;
- area del coordinamento: incontri periodici con il C.S.M. che ha in carico il paziente, al fine di monitorare il progetto socio-riabilitativo.

Oltre a ciò, tali strutture erogano i seguenti servizi/prestazioni:

- soluzione abitativa;
- cura della persona;
- assistenza nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane (come ad esempio l'igiene personale, la cura dell'alloggio, la preparazione dei pasti, ecc.);
- colloqui di sostegno individuali o di gruppo, ove necessario;
- counselling, informazione ed educazione sanitaria;
- accompagnamento presso strutture mediche e servizi del territorio, ove necessario;
- eventuali somministrazioni farmacologiche, anche avvalendosi delle strutture sanitarie di riferimento;
- attività formative orientate al recupero e al mantenimento di competenze sociali e lavorative residue;
- lavoro di rete e rapporti con il territorio (ASL, Comuni) finalizzato al reinserimento sociale e ove possibile lavorativo;
- organizzazione del tempo libero, attività ludiche e socializzanti;
- cura dei rapporti familiari e amicali.

Il funzionamento del servizio è permanente nell'arco delle ventiquattro ore e non prevedinterruzioni nel corso dell'anno.

4. Requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento

Per le strutture S.R.P.3 con assistenza sulle 24 ore, 12 ore e fasce orarie si confermano i requisiti strutturali definiti dalla D.C.R. 357 - 1370/97 per quanto concerne i Gruppi Appartamento e 1 Comunità Alloggio. Per tale tipologia di struttura è prevista la possibilità di erogare tale tipologia di prestazioni all'interno delle civili abitazioni, come da D.P.R. del 14 gennaio 1997. Per quanto riguarda il requisiti di cui al D.M. n. 236/1989 è sufficiente possedere il requisito dell'adattabilità.

a. Requisiti per l'esercizio

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali di esercizio previsti per le strutture S.R.P.3, con assistenza sulle 24 ore, 12 ore e fasce orarie sono dettagliati di seguito. Tali requisiti sono stati calcolati per nuclei da 5 posti letto, oltre a ciò sono da intendersi minimi e validi anche per nuclei di dimensione inferiore.

S.R.P. 3 – 24 ore

- **Infermiere:** 7 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 45 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 26 ore a settimana;
- **Pronta disponibilità notturna con residenza in struttura:** reperibilità con obbligo di residenza nella struttura durante le ore notturne; nel caso in cui la S.R.P.3 sia composta da due nuclei abitativi da 5 posti letto, tale servizio potrà essere eventualmente gestito attraverso la condivisione fino ad un massimo di 10 posti letto.

S.R.P.3 – 12 ore

- **Infermiere:** 7 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 45 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 26 ore a settimana.

Qualora, per documentate esigenze di assistenza, si renda occasionalmente necessaria la copresenza di più operatori questa potrà essere realizzata riducendo in maniera opportuna la copertura diurna, che di norma dovrà essere garantita sulle 12 ore, fino a un massimo di tre ore giornaliere fermo restando il monte ore giornaliero previsto.

S.R.P.3 – fasce orarie

- **Infermiere:** 3 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 18 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 14 ore a settimana.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

Fermo restando il monte ore complessivo settimanale della struttura, per motivate esigenze di assistenza, è possibile ridistribuire fino al 30% delle ore diurne assegnate alla figura di OSS, all'interno del monte ore della figura di educatore/tecnico della riabilitazione.

b. Requisiti per l'accreditamento

Requisiti gestionali

I requisiti gestionali di accreditamento previsti per le strutture S.R.P.3, con assistenza sulle 24 ore, 12 ore e fasce orarie sono dettagliati di seguito. Tali requisiti sono stati calcolati per nuclei da 5 posti letto, oltre a ciò sono da intendersi minimi e validi anche per nuclei di dimensione inferiore.

S.R.P. 3 – 24 ore

- **Infermiere:** 9 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 50 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 28 ore a settimana;
- **Pronta disponibilità notturna con residenza in struttura:** reperibilità con obbligo di residenza nella struttura durante le ore notturne; nel caso in cui la S.R.P. 3 sia composta da due nuclei abitativi da 5 posti letto, tale servizio potrà essere eventualmente gestito attraverso la condivisione fino ad un massimo di 10 posti letto.

S.R.P.3 – 12 ore

- **Infermiere:** 9 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 50 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 28 ore a settimana.

Qualora, per documentate esigenze di assistenza, si renda occasionalmente necessaria la copresenza di più operatori questa potrà essere realizzata riducendo in maniera opportuna la copertura diurna, che di norma dovrà essere garantita sulle 12 ore, fino a un massimo di tre ore giornaliere fermo restando il monte ore giornaliero previsto.

S.R.P.3 – fasce orarie

- **Infermiere:** 5 ore a settimana;
- **Ausiliari (OSS):** 21 ore a settimana;
- **Educatore / Tecnico della riabilitazione psichiatrica:** 16 ore a settimana.

Per consentire lo svolgimento di attività di tipo riabilitativo, quali psicoeducazione, riabilitazione cognitiva, ecc., fino a un massimo del 30% del monte ore previsto per Educatore/Tecnico della riabilitazione potrà essere garantito da personale con titolo di psicologo.

Fermo restando il monte ore complessivo settimanale della struttura, per motivate esigenze di assistenza, è possibile ridistribuire fino al 30% delle ore assegnate alla figura di OSS, all'interno del monte ore della figura di educatore/tecnico della riabilitazione.

L'assistenza specialistica psichiatrica nelle strutture S.R.P.3 è garantita dal medico del C.S.M. che ha in carico il paziente tramite visite ambulatoriali, anche all'interno della struttura, mentre l'assistenza medica generale viene garantita dal Medico di medicina generale.

I servizi generali sono assicurati da figure professionali diverse da quelle dell'area socio-sanitaria e terapeutica /riabilitativa.

5. Remunerazione

Le tariffe per le strutture socioriabilitative a bassa intensità assistenziale sono state stabilite in base ai requisiti gestionali definiti per le diverse tipologie di intensità assistenziale erogate dalle strutture S.R.P.3.

In particolare le tariffe giornaliere /utente sono le seguenti:

- Assistenza 24 ore: € 95,00;
- Assistenza 12 ore: € 86,00;
- Assistenza a fasce orarie: € 58,00.

Le tariffe sono inclusive degli oneri fiscali e sono state calcolate valutando gli effetti indotti dai mutamenti intervenuti per le aliquote IVA e di quanto previsto dai commi 960, 961, 962, 963 dell'art. 1 della Legge 28 dicembre 2015 n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge di stabilità 2016).

In caso di assenza del paziente presso la struttura è previsto il pagamento della retta giornaliera in quota ridotta, ossia in quota parte pari a € 32 che riguarda la copertura dei costi alberghieri e di supporto e comunque sino ad un massimo di 30 giorni consecutivi; dopo tal periodo si dovrà procedere alla dimissione del paziente. A riguardo si prevede, inoltre, la possibilità di una eventuale deroga, che dovrà essere autorizzata preventivamente dall'ASL del territorio di riferimento, per i pazienti che richiedono l'accoglienza presso altre strutture per periodi superiori al fine di rispondere a particolari esigenze di natura clinica e assistenziale disposte di concerto con il medico curante.

I C.S.M. inserenti possono prevedere per il paziente inserito in struttura S.R.P.3 ulteriori interventi terapeutico riabilitativi purché dettagliati nel P.T.I., in termini di obiettivi e relativi tempi di realizzazione. Tali prestazioni sono erogate al di fuori delle attività residenziali tipiche della struttura S.R.P.3, sono gestite sotto la responsabilità del D.S.M. e non possono costituire motivo di integrazione con la retta applicata all'interno dalla struttura residenziale.

Ciascuna tariffa individuata per gli inserimenti in S.R.P. 3 per interventi socioriabilitativi prevede una percentuale dei costi a carico del Fondo Sanitario Regionale pari al 40% e una percentuale a carico dell'utente e/o del Comune pari al 60%, in applicazione del D.P.C.M. 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Come richiamato nel paragrafo "Accesso, valutazione multidimensionale del bisogno" nel caso di inserimenti nelle strutture S.R.P.3 (24 ore, 12 ore, fasce orarie), ossia strutture che prevedono una compartecipazione della spesa come definito dal D.P.C.M. del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", il C.S.M. valuterà la capacità contributiva del paziente attraverso una applicazione omogenea dell'ISEE.

Allegato

Allegato C – Scale di valutazione

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Allegato D

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

DGR 19.9.16, n. 25-3941 - L.R. n. 13 del 23 giugno 2015 - Approvazione dello schema di Protocollo di Intesa tra la Regione Piemonte e l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per l'esercizio delle discipline mediche non convenzionali. (BUR n. 41 del 13.10.16)

Note

Viene approvato, ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 13/2015, lo schema di Protocollo di intesa tra la Regione Piemonte e l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per l'esercizio delle Medicine non convenzionali, di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Viene approvato l'Allegato B), contenente le indicazioni per la presentazione delle richieste di accreditamento e verifica degli istituti di formazione pubblici e privati, costituito dai seguenti suballegati:

- Fac simile di domanda di accreditamento (ALL. B1);
- Fac simile di lettera di accompagnamento alla domanda di accreditamento (ALL. B2)
- Istruzioni per la descrizione del programma (ALL. B3)
- Dichiarazione del legale rappresentante di possesso convenzioni per lo svolgimento del tirocinio

pratico (ALL. B4)

Moduli indirizzati al Responsabile Didattico (ALL. B5), al Docente titolare (ALL. B5bis), al Docente tutor (ALL. B5 ter), al Docente collaboratore (ALL. B5 quater)

Autocertificazione di assenza conflitto di interessi (ALL. B6)

Dichiarazione sulla trasparenza delle fonti di finanziamento sottoscritta dal Responsabile Didattico (ALL. B7) e dal Docente (ALL. B8)

Dichiarazione di congruità alle indicazioni della L.R. n. 13/2015 (ALL. B9)

ALLEGATO A)

SCHEMA PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONE PIEMONTE E L'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI PER L'ESERCIZIO DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI

TRA

La Regione Piemonte, codice fiscale 80087670016, di seguito denominata Regione, rappresentata dal pro - tempore della Regione , nato a (.....) e domiciliato ai fini della presente convenzione a Torino -.....,

E

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino, codice fiscale, di seguito denominato Ordine, delegato a rappresentare gli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri del Piemonte, nella persona del Presidente pro-tempore dell'Ordine della provincia di Torino....., nato

a.....(.....), per la carica domiciliato a,

Via,

di seguito le "Parti"

PREMESSO CHE

L'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 7 febbraio 2013, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, stabilisce i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti;

in attuazione del citato Accordo, è stata approvata la Legge Regionale 23 giugno 2015, n. 13 relativa alle "Modalità di esercizio delle Medicine non convenzionali";

in attuazione dell'art. 3 della L.R. 23 giugno 2015, n. 13, gli Ordini istituiscono gli elenchi dei professionisti esercenti le medicine non convenzionali di cui all'art. 2 della L.R. 23 giugno 2015, n. 13;

la L. 7 agosto 1990, n. 241, all'art. 15, modificata dalla L. 21 febbraio 2014, n. 9, prevede che gli Accordi conclusi tra le Pubbliche Amministrazioni per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune debbano essere sottoscritti, pena la nullità degli stessi, con firma digitale, con firma elettronica avanzata ovvero con altra firma elettronica qualificata;

con nota n. 794 del 4.8.2016, il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, riunitosi in data 25 luglio 2016, ha ufficializzato la delega alla firma del Protocollo di intesa, al Dott. Guido Giustetto, in rappresentanza degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri delle Province del Piemonte. su proposta della Commissione regionale permanente per le discipline mediche non convenzionali, istituita con DGR n. 24-3141 del 14.03.1016

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1

(Oggetto del protocollo d'intesa)

1. Il presente Protocollo d'Intesa disciplina i rapporti tra la Regione e l'Ordine nel rispetto della normativa statale e comunitaria vigente, nonché delle disposizioni previste nell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e nella L.R. 23 giugno 2015, n. 13, per la determinazione:

- dei criteri e delle modalità per l'accreditamento regionale degli istituti di formazione, autorizzati a rilasciare gli attestati che consentiranno l'iscrizione del professionista agli elenchi degli esperti delle singole discipline (agopuntura, fitoterapia, omeopatia, ivi comprese l'omotossicologia e l'antroposofia), nonché delle modalità di monitoraggio degli stessi enti e di revoca dell'accreditamento stesso;
- dei criteri, degli obiettivi e delle modalità di valutazione che devono essere rispettati dai percorsi formativi, effettuati dagli enti accreditati dalla Regione per l'ammissione agli elenchi dei medici chirurghi ed odontoiatri che praticano le medicine non convenzionali;
- delle disposizioni transitorie per il riconoscimento dei titoli conseguiti precedentemente e nei tre anni successivi alla data di entrata in vigore della L.R. 23 giugno 2015, n. 13.

Art. 2

(Percorsi formativi)

1. Il percorso formativo, che, ai sensi dell'articolo 4 della lr 13/2015, i medici chirurghi e gli odontoiatri, devono, con oneri a proprio carico, preventivamente frequentare per l'ammissione agli elenchi di cui al comma 1 presso soggetti pubblici o privati accreditati dalla Regione, deve corrispondere ai seguenti requisiti:

- a. Minimo 400 ore di formazione teorica, cui si aggiungono 100 ore di pratica clinica, di cui almeno il 50% di tirocinio pratico supervisionato da un medico esperto della disciplina, individuato nell'ambito degli iscritti nell'elenco della disciplina oggetto della formazione. A tale monte orario saranno aggiunti lo studio individuale e la formazione guidata, non inferiori a complessive 1000 ore.
- b. Corsi di formazione triennali, ovvero master universitari di durata biennale, che soddisfino il percorso formativo di cui alla lett. a.
- c. È fatto obbligo di frequenza minima all'80% delle lezioni, sia pratiche sia teoriche;
- d. Il percorso formativo accreditato prevede il superamento di un esame teorico-pratico al termine di ciascuno degli anni di corso previsti, nonché la discussione finale di una tesi.
- e. Al termine del percorso formativo verrà rilasciato, dagli istituti formativi accreditati, un attestato conforme ai requisiti richiesti.
- f. Gli insegnamenti di tipo generale, non riferiti specificatamente alla disciplina in oggetto di formazione, non dovranno superare il 20% del monte ore complessivo di formazione teorica.

2. Il programma didattico scritto dovrà essere articolato tenendo presenti, in via prioritaria, gli obiettivi generali specificati all'art. 5 dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013, utilizzando metodologie didattiche che prevedano l'alternanza di:

- a. Lezioni frontali
- b. Seminari/attività di gruppo/audit
- c. Formazione sul campo/tirocinio pratico
- d. Tutoraggio
- e. Studio individuale
- f. Eventuale FAD (Formazione a Distanza) per un monte ore non superiore al 30% delle ore di formazione teorica

Art. 3

(Accreditamento regionale scuole di formazione)

1. I corsi di formazione dovranno essere organizzati e realizzati da soggetti pubblici o privati accreditati alla formazione accreditate dalla Regione Piemonte.

2. L'accreditamento, rilasciato dalla Regione alla scuola che ha la sede legale nel territorio regionale, ha validità su tutto il territorio nazionale;

3. Per ottenere l'accreditamento regionale le associazioni, le società scientifiche e gli enti pubblici e privati di formazione devono essere legalmente riconosciuti e dovranno avanzare domanda al Settore regionale Sistemi Organizzativi e Risorse umane del SSR – Assessorato Sanità- Corso Regina Margherita, 153, Torino, presentando i seguenti documenti:

- Atto costitutivo

- Statuto
- *Curriculum* inerente alla disciplina per la quale si richiede l'accreditamento
- Regolamento interno
- Programma del corso di formazione di Medicina non Convenzionale
- Autocertificazione di assenza di conflitto di interessi, di cui all'articolo 8 dell'Accordo, del legale rappresentante, del responsabile didattico e dei docenti
- *Curricula* del responsabile didattico e dei docenti

Gli istituti pubblici e privati di formazione che richiedono l'accreditamento dovranno inoltre sottoscrivere apposita dichiarazione che attesti:

- la conformità alle norme vigenti in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro relativamente alle sedi e alle attrezzature utilizzate ;
- la messa a disposizione dell'allievo di attività di tutoraggio nella formazione sul campo in strutture pubbliche o private, nonché la presenza, alla verifica finale, di un componente esterno, esperto nella specifica disciplina oggetto della formazione, designato dall'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri competente, di concerto con l'istituto di formazione;
- lo svolgimento dell'attività formativa realizzata presso la sede operativa piemontese per un ammontare pari o superiore al 70% dell'attività complessivamente svolta;
- il possesso dei requisiti tecnico-professionali riferiti ai responsabili didattici e ai docenti, secondo i seguenti principi:

il responsabile didattico dell'istituto pubblico o privato accreditato alla formazione deve essere un professionista, regolarmente iscritto all'albo professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, con almeno 10 anni di esperienza clinica documentata e 7 anni di docenza specifica nelle discipline mediche non convenzionali, di cui all'art. 2 della L.R. 23 giugno 2015, n. 13;

i docenti titolari della formazione devono essere almeno 5 professionisti, regolarmente iscritti agli albi professionali, per il tronco comune di attività formative di base, salvo per gli insegnamenti di tipo generale (metodologico, normativo, etico e deontologico), e devono coprire almeno il 70% della formazione teorica;

i docenti devono essere in possesso di un adeguato *curriculum* formativo e professionale nella materia di insegnamento;

i docenti titolari devono aver frequentato una scuola almeno triennale o poter documentare titoli di formazione equipollenti e aver maturato almeno 5 anni di pratica clinica nella disciplina specifica;

i docenti, che hanno funzioni di tutor nei confronti degli allievi in tirocinio pratico, devono essere iscritti all'elenco dei medici esercenti la disciplina oggetto di formazione ed avere almeno tre anni di esperienza clinica;

i docenti che non rispondono ai requisiti di cui sopra sono definiti "docenti collaboratori".

4 La Regione potrà revocare l'accreditamento concesso all'istituto di formazione qualora venga meno una delle condizioni di cui al punto 3 o qualora i programmi didattici presentati non vengano rispettati.

ART. 4

(Conflitto di interesse)

1. Allo scopo di evitare eventuale conflitto di interesse, nei rapporti tra soggetti privati interessati a promuovere la formazione per l'esercizio delle medicine non convenzionali e/o a "sponsorizzare" specifici eventi formativi, si fa riferimento alle norme previste dalla legislazione ECM;

2. Le associazioni, le società scientifiche e gli enti pubblici e privati di formazione che richiedono l'accreditamento regionale sono tenute a dichiarare annualmente l'assenza di conflitti di interessi;

3. Ai fini dell'accreditamento alla formazione i soggetti pubblici e privati adeguano i criteri e gli statuti associativi secondo quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013.

Art. 5

(Criteri e modalità per la valutazione dei percorsi formativi di cui all'art. 5 della L.R. 23 giugno 2015)

1. Ai fini dell'ammissione negli elenchi dei medici chirurghi e degli odontoiatri che praticano le medicine non convenzionali, ai sensi di quanto previsto dall'art. 5, lett. a) della L.R. 23 giugno 2015, sono previsti i seguenti criteri e le seguenti modalità per la valutazione dei percorsi formativi:
a) per la valutazione dei titoli necessari alla iscrizione negli elenchi dei medici chirurghi e degli odontoiatri esercenti le medicine non convenzionali in oggetto, sono istituite presso l'Ordine specifiche commissioni formate da esperti nelle diverse discipline di cui all'art. 2 della L.R. 23 giugno 2015, n. 13, come da Circolare del Ministero della Salute, Prot n. 40978/P del 24 luglio 2014. Agli esperti nominati nelle commissioni non spetta alcun compenso in relazione all'incarico ricoperto;

b) l'ammissione agli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli Odontoiatri esercenti le medicine non convenzionali in oggetto è subordinata unicamente al possesso dell'attestato rilasciato dai soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione dalla Regione.

Art. 6

(Fase transitoria - dal 10 luglio 2015 al 9 luglio 2018)

1. Per quanto riguarda i titoli, i diplomi e gli attestati conseguiti precedentemente e nei 3 anni successivi alla data di entrata in vigore della L.R. 23 giugno 2015, l'ammissione agli elenchi distinti dei medici chirurghi e degli Odontoiatri esercenti le medicine non convenzionali è subordinata al possesso di almeno uno dei seguenti requisiti:

a) attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina di cui all'art. 2 della L.R. 23 giugno 2015, n. 13, di almeno 300 ore di insegnamento teorico-pratico, della durata almeno triennale e verifica finale;

b) attestato rilasciato al termine di un corso nella disciplina di cui all'art. 2 della L.R. 23 giugno 2015, n. 13, di almeno 200 ore di insegnamento teorico-pratico, ed almeno 15 anni di esperienza clinica documentata;

c) attestazione di iter formativo costituito da corsi o master universitari, questi ultimi ai sensi della circolare del Ministero della Salute Prot n. 40978/P del 24 luglio 2014, anche non omogenei che permettano, per il programma seguito e per il monte ore svolto, di aver acquisito una competenza almeno pari a quella conseguita con i corsi di cui ai citati punti a) e b);

d) documentazione di almeno 8 anni di docenza nella disciplina di cui all'art. 2 della L.R. 23 giugno 2015, n. 13 presso un soggetto pubblico e privato accreditato alla formazione che, a giudizio della Commissione istituita presso l'Ordine, possiede i requisiti didattici idonei.

2. Per i professionisti che non rientrano nei criteri definiti dalle precedenti disposizioni transitorie, le Commissioni di esperti nelle diverse discipline istituite presso l'Ordine definiscono le modalità di integrazione dei percorsi formativi sulla base della formazione acquisita.

3. I soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione dalla Regione dovranno adeguare l'iter formativo in conformità con i criteri definiti dall'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e dalla L.R. 23 giugno 2015, n. 13.

Art. 6

(Durata)

1. Il presente Protocollo d'Intesa ha durata triennale e viene rinnovato, con manifestazione di volontà espressa da entrambe le parti.

Art. 7

(Modifiche in itinere)

1. È fatta salva la possibilità di apportare, su proposta delle Parti, eventuali integrazioni e/o modifiche al presente Protocollo d'Intesa anche sulla base delle valutazioni espresse dalla Commissione regionale permanente per le discipline mediche non convenzionali, istituita con DGR n. 24-3141 del 14.03.1016. Le eventuali modifiche e/o integrazioni saranno approvate con apposito provvedimento.

Art. 8

(Spese di bollo e registrazione)

1. Il presente Protocollo d'Intesa è soggetto ad imposta di bollo ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 e le relative spese sono a carico dell'Ordine.

2. Il presente Protocollo d'Intesa sarà registrato solo in caso d'uso, ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131, e le relative spese saranno a carico della parte richiedente.

Art. 9

(Disposizioni finali)

1. Il presente Protocollo d'Intesa non comporta alcun onere finanziario a carico del bilancio regionale.

Letto, firmato e sottoscritto

Torino, li...../...../.....

Regione Piemonte

.....

in rappresentanza degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri del Piemonte

.....

ALLEGATO B)

Accreditamento e verifica degli istituti di formazione pubblici e privati relativo alle Medicine non Convenzionali (agopuntura, fitoterapia e omeopatia) (ex L.R. n°13, del 23 giugno 2015)

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo.

PUGLIA

DGR 28.9.16, n. 1471 - Art. 3-bis, commi 5 e 6, del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i. – Avvio del procedimento di verifica dei primi diciotto mesi dell'incarico per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali BA, BR, BT e TA. (BUR n. 114 del 10.10.16)

Note

PREMESSA

L'art. 3-bis, commi 5 e 6, del D. Lgs. n. 502/92 s.m.i., come modificato dall'art. 4, comma 1 — let. b), del D.L. n. 158/2012 convertito in L. 189/2012, stabilisce quanto segue :

“5. () Le regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine.

La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7”.

I criteri e le modalità procedurali fino ad oggi utilizzate con riferimento al predetto procedimento di verifica, sono quelli stabiliti dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1494 del 26/09/2003, come successivamente modificata dalle Deliberazioni di Giunta Regionale n. 623 del 27/4/2004 e n. 510

del 24/4/2007, nonché con successive Deliberazioni di avvio dei successivi procedimenti di verifica (DD.GG.RR. nn. 389/2009, 369/2010, 1174/2010, 2162/2010, 2566/2010, 1036/2013 ed 803/2014).

Le procedure relative alla verifica dei primi diciotto mesi dell'incarico sono inoltre riportate nei contratti di diritto privato stipulati tra la Regione ed i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie in carica secondo lo schema approvato con la D.G.R. n. 2595 dell'11/12/2014.

In particolare, l'art. 5 dello schema di contratto vigente per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie stabilisce che:

1) Il Direttore generale è sottoposto alla valutazione di metà mandato di cui all'art. 3-bis, comma 6 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., finalizzata alla conferma o meno dell'incarico dello stesso fino alla sua naturale scadenza.

2) La valutazione di metà mandato — nelle more della definizione in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di criteri e sistemi condivisi di valutazione dell'attività dei Direttori generali sulla base degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di cui all'art. 3-bis, co. 5 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. — viene effettuata da una Commissione di esperti appositamente nominata dalla Giunta Regionale, sulla base dei dati forniti dagli Uffici e Servizi dell'Assessorato e dall'ARES per quanto di rispettiva competenza.

3) Le modalità di svolgimento della verifica di metà mandato sono quelle previste dagli atti deliberativi di Giunta Regionale in vigore, salvo successive modifiche degli stessi.

Sulla base delle predette Deliberazioni della Giunta Regionale, nonché dei suddetti contratti di diritto privato, si rileva che ad oggi, i criteri e le modalità di valutazione di metà mandato dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del SSR sono i seguenti:

- La valutazione viene effettuata da una Commissione di esperti in materia di programmazione sanitaria, acquisizione di beni e servizi, gestione finanziaria e bilancio, gestione delle risorse umane, appositamente nominata dalla Giunta Regionale.

- Ai componenti della Commissione di esperti non spetta alcun compenso, intendendosi l'incarico a titolo completamente gratuito. E' fatto salvo il rimborso delle spese eventualmente sostenute per l'espletamento dell'incarico, da liquidarsi ad avvenuta dettagliata rendicontazione.

- La valutazione deve riguardare gli obiettivi di mandato attribuiti al Direttore generale (elencati nella D.G.R. di nomina), previa verifica del rispetto degli obiettivi vincolanti a pena di decadenza di cui all'Allegato 1 del relativo contratto.

- La valutazione viene effettuata sulla base degli atti e documenti in possesso dei competenti Servizi e Sezioni del Dipartimento Promozione Della Salute, Del Benessere Sociale e dello Sport per tutti, nonché dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARES), delle relazioni eventualmente pervenute dal Nucleo Ispettivo Regionale (NIR), dei pareri rilasciati dagli organi che — ai sensi della vigente normativa — hanno titolo a provvedere ovvero, per le Aziende Sanitarie, le rispettive Conferenze dei Sindaci.

- L'esito della valutazione, per ciascun obiettivo di mandato, prevede esclusivamente due opzioni: 1) Obiettivo raggiunto; 2) Obiettivo non raggiunto.

- La valutazione complessiva s'intende negativa nel caso in cui gli obiettivi di mandato non raggiunti risultino in misura superiore al 20% del totale di quelli assegnati.

La valutazione può inoltre tenere conto — limitatamente all'arco temporale di riferimento della verifica — delle relazioni di accompagnamento ai rendiconti trimestrali ed al Bilancio Consuntivo

azienda le redatte dai Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie interessate, messe a disposizione dalla competente Sezione Gestione Accentrata Finanza Sanitaria Regionale (GAF), nonché del report sull'attività dei Collegi Sindacali e sulle criticità gestionali da questi ultimi rilevate nelle ASL i cui Direttori generali sono interessati dalla verifica, messo a disposizione dalla competente Sezione Controlli.

La recente Legge n. 124/2015 (c.d. Legge Madia), recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", all'art. 11, lett. p) ha delegato il Governo ad emanare tra l'altro, entro 12 mesi dalla pubblicazione della stessa (G.U.R.I. n. 187 del 13/8/2015), un decreto attuativo in materia di nomina e valutazione della dirigenza sanitaria, che dovrebbe esplicitare i criteri e le procedure per la valutazione e verifica dell'attività dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie.

Tale decreto attuativo, tuttavia, risulta ad oggi non ancora emanato.

Inoltre, con il D.P.G.R. n. 495 del 9/9/2015, pubblicato sul B.U.R.P. n. 124 del 17/9/2015, è stato costituito quale organo consultivo, valutativo ed arbitrale sulle politiche regionali in materia sanitaria, socio-sanitaria ed ambientale il Comitato regionale per la Tutela della Salute (C.R.T.S.), che non risulta tuttavia ancora insediato.

Tra le funzioni del predetto Comitato figura la definizione degli obiettivi strategici dei Direttori Generali delle Aziende e degli Enti del Sistema Sanitario Regionale ed il monitoraggio delle relative azioni strategiche, presidiando le attività di verifica qualitative e quantitativo-economiche dei 18 mesi e di fine mandato.

Pertanto, nelle more della definizione di criteri omogenei di valutazione da parte della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, dell'emanazione del decreto attuativo di cui all'art. 11, lett. p) della L. 124/2015 e dell'assunzione di determinazioni al riguardo da parte del Comitato regionale per la Tutela della Salute (C.R.T.S.), con il presente schema di provvedimento si provvede ad avviare - secondo i criteri e le modalità innanzi citate - il procedimento di verifica dei primi diciotto mesi dell'incarico per i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali di BA, BR, BT e TA, di seguito indicati :

- 1) ASL BA_dott. Vito Montanaro, nominato Direttore Generale con D.G.R. n. 159 del 10/2/2015 per un periodo di tre anni decorrenti dalla data di insediamento, avvenuto in data 2/3/2015;
- 2) ASL BR_dott. Giuseppe Pasqualone, nominato Direttore Generale con D.G.R. n. 160 del 10/2/2015 per un periodo di tre anni decorrenti dalla data di insediamento, avvenuto in data 2/3/2015;
- 3) ASL BT_dott. Ottavio Narracci, nominato Direttore Generale con D.G.R. n. 161 del 10/2/2015 per un periodo di tre anni decorrenti dalla data di insediamento, avvenuto in data 2/3/2015;
- 4) ASL TA_dott. Stefano Rossi, nominato Direttore Generale ASL TA con D.G.R. n. 163 del 10/2/2015 per un periodo di tre anni decorrenti dalla data di insediamento, avvenuto in data 2/3/2015.

LA DISPOSIZIONE

Viene disposto quanto segue.

- Richiedere alle Conferenze dei Sindaci del l'ASL di riferimento l'espressione, in relazione alla verifica in oggetto, del parere previsto dall'art. 3-bis, co. 6 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i.;

- Disporre la costituzione di una Commissione, composta da tre esperti in materia di programmazione sanitaria, acquisizione di beni e servizi, gestione finanziaria e bilancio, gestione delle risorse umane, designandone i componenti con il presente schema di provvedimento e rinviando a successiva Deliberazione di Giunta Regionale la nomina della stessa Commissione, ad avvenuta verifica a norma della D.G.R. n. 2770/2010 dell'insussistenza di cause di incompatibilità di diritto e di fatto e dell'assenza di cause penali ostative alla nomina di cui alla L. 55/1990, nonché ad avvenuta acquisizione— in ossequio alle previsioni dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 s.m.i. del *curriculum vitae* di ciascuno dei componenti designati, ai fini dell'attestazione della relativa professionalità specifica, e dell'acquisizione delle eventuali necessarie autorizzazioni da parte delle Amministrazioni di appartenenza.

- Precisare altresì che ai componenti della Commissione di esperti non spetta alcun compenso, fatto salvo il rimborso delle spese eventualmente sostenute per l'espletamento dell'incarico, da liquidarsi ad avvenuta detagliata rendicontazione.

Si fa presente, infine, che non ricorrono viceversa le condizioni per la verifica di metà mandato dei Direttori generali in carica delle AA.SS.LL. FG e LE in quanto:

- Il dott. Vito Piazzolla è stato nominato Direttore Generale dell'ASL FG con D.G.R. n. 2088 del 30/11/2015 per un periodo di tre anni decorrenti dalla data di insediamento;

- La dott.ssa Silvana Melli è stata nominata Direttore Generale dell'ASL LE con D.G.R. n. 162 del 29/2/2016 per un periodo di tre anni decorrenti dalla data di insediamento.

Per l'espletamento del procedimento in oggetto viene istituita una Commissione, composta da tre esperti in materia di programmazione sanitaria, acquisizione di beni e servizi, gestione finanziaria e bilancio, gestione delle risorse umane, designandone i componenti come di seguito:

1. Dott.a LUCIA BISCEGLIA ; Ente di appartenenza ARES ;ruolo ricoperto DIRIGENTE;
2. Dott. MARIO LERARIO ; Ente di appartenenza REGIONE PUGLIA; Ruolo ricoperto DIRIGENTE;
3. Dott. GIANCARLO RUSCITTI; Ente di appartenenza ARES; Ruolo ricoperto COMMISSARIO STRAODINARIO

SICILIA

DASS 8.9.16 - Aggregati di assistenza ospedaliera da privato – anno 2016.(GURS n. 42 del 30.9.16)

Art. 1

Il D.A. n. 1543 del 31 agosto 2016 è annullato e sostituito dal presente.

Art. 2

L'aggregato regionale complessivo per l'assistenza ospedaliera da privato per l'anno 2016 delle Case di cura è determinato in euro 471.460.000,00, che costituisce tetto spesa massimo per tali prestazioni, ed è composto dagli specifici aggregati riportati nella seguente tabella:

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Art. 3

Per l'anno 2016, le Aziende sanitarie provinciali per l'assegnazione dei *budget* per l'attività ordinaria di ricovero, comprensivo anche delle risorse destinate alle prestazioni erogate nei posti letto di residenzialità psichiatrica, alle Case di cura accreditate già contrattualizzate, disporranno ciascuna delle somme a fianco indicate nella seguente tabella:

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo

Art. 4

Nella determinazione dei budget da assegnare per l'anno 2016 alle Case di cura, i direttori generali delle

AA.SS.PP. dovranno tenere conto del rapporto tra il *budget* attribuito nell'anno 2015 e i tetti di spesa provinciali di cui all'art. 3, tenendo distinte le quote per acuti, lungodegenza e riabilitazione, fermo restando che il *budget* destinato ai ricoveri per acuti dovrà essere determinato ripartendo le risorse indicate nella colonna "D" in proporzione alla media della produzione liquidabile al 70% dei "DRG fuga" erogati e validati nel triennio 2012-2014.

Art. 5

Alle Case di Cura con *budget* misto è consentito di spostare, entro i limiti del *budget* complessivo assegnato, la minore produzione di attività verificatasi nelle tipologie di prestazioni relative a lungodegenza e riabilitazione, nella misura massima del 5% in favore dell'attività per acuti (colonna E), mentre in caso di minore produzione verificatasi nell'attività per acuti (colonna E), lo spostamento è consentito nella misura massima del 10%, ed entro i limiti del budget complessivo, in favore delle tipologie di attività relative alla lungodegenza ed alla riabilitazione.

Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascun aggregato di spesa provinciale, destinato all'attività ordinaria di ricovero ed a ciascuna tipologia di ricovero, secondo la tabella di cui all'art. 3, dovranno essere redistribuite prioritariamente all'interno dello stesso aggregato di spesa, a condizione che i direttori generali delle ASP attraverso motivate ed accertate esigenze, provvedano a rinegoziare, entro e non oltre il 30 novembre 2016, i *budget* delle strutture senza che questo influenzi o determini automatismi nella definizione del *budget* per l'anno successivo.

Le Case di cura potranno erogare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ad eccezione delle prestazioni di laboratorio di analisi, esclusivamente nella presa in carico dei pazienti e per assicurare la continuità assistenziale agli stessi per l'episodio di malattia che ha determinato il ricovero nonché per le prestazioni ad esso correlate, senza alcuna estensione diretta o indiretta del rapporto contrattuale in essere e nel limite massimo del 3% del *budget* che sarà assegnato per effetto del presente decreto.

Art. 6

Le Aziende sanitarie provinciali assegneranno, per l'anno 2016, alle Case di cura un *budget* destinato alle prestazioni di ricovero per acuti e post-acuti erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extra-regionale), in proporzione all'attività sanitaria dalle medesime erogata e riconosciuta nell'anno 2015 e comunque entro i limiti invalicabili delle somme disponibili indicate a fianco di ciascuna azienda, nella seguente tabella:

Ai fini della remunerazione delle prestazioni erogate in mobilità attiva, sia per i ricoveri per acuti che per le prestazioni di riabilitazione e/o di lungodegenza, ai cittadini provenienti da altre regioni, si riconoscerà la corrispondente tariffa regionale vigente nella misura del 100%, in conformità alle osservazioni avanzate in più occasioni dal Ministero della salute in merito all'applicazione dell'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. f) e s.m.i.

Le Case di cura sono tenute a produrre separatamente alle ASP le fatture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre Regioni (mobilità attiva extraregionale).

Le eventuali economie che si realizzino nell'ambito di ciascun aggregato provinciale per la mobilità attiva "extra regione", come nella tabella sopra indicata, dovranno essere redistribuite in favore di quelle strutture della stessa provincia che hanno registrato una maggiore produzione per la stessa attività "extra regione", rispetto al *budget* assegnato per tale tipologia di attività.

Art. 7

È obiettivo dei direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali il raggiungimento dei livelli di appropriatezza e di qualità di assistenza secondo quanto previsto dal nuovo Patto della salute. In sede di stipula dei contratti con le singole case di cura, le Aziende individuano, riportandole nel contratto, le prestazioni relative a ricoveri inappropriati che la struttura si impegna a ridurre e le eventuali prestazioni che invece si impegna a rendere in modo rispondente ai criteri di

appropriatezza e all'effettivo fabbisogno. Pertanto, i contratti da sottoscrivere tra le ASP e le Case di cura private accreditate dovranno riportare, secondo la *mission* della struttura, il volume complessivo delle prestazioni contrattualizzate, il *service-mix* e il livello di appropriatezza delle procedure.

Art. 8

Al fine di ridurre le prestazioni di ricovero rese in mobilità passiva, le Case di cura dovranno, in via sperimentale per l'anno 2016, prioritariamente, assicurare l'erogazione di tutte le prestazioni per le quali si registra una maggiore "fuga" verso altre regioni di pazienti siciliani, e contenute nella tabella "A" che fa parte integrante del presente decreto, con l'obbligo per le Case di cura convenzionate di leale collaborazione e di rispettare gli appropriati *setting* assistenziali.

Art. 9

I direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali dovranno espletare le attività negoziali con i soggetti erogatori entro 30 giorni dalla notifica del presente decreto, secondo i criteri indicati nel presente provvedimento. Si fa obbligo ai direttori generali di inviare all'Assessorato, nei 15 giorni successivi, in formato elettronico, i contratti sottoscritti con gli stessi erogatori nel rispetto degli aggregati di cui ai precedenti articoli, nonché prospetti riassuntivi dei dati contrattuali secondo le indicazioni dell'Assessorato della salute.

Art. 10

Ai fini della contrattualizzazione e della liquidazione delle prestazioni alle Case di cura, le Aziende sanitarie provinciali procederanno alla preventiva verifica dei requisiti e a tutti gli adempimenti richiesti dalla normativa vigente.

Art. 11

Le Aziende sanitarie provinciali, ai fini della stipula dei contratti relativi all'esercizio 2016 utilizzeranno lo schema di contratto di cui all'allegato "B" al presente decreto.

Per le strutture sanitarie private accreditate che per qualunque motivo non sottoscrivano il contratto di cui all'allegato "B", ivi compreso il caso in cui la mancata sottoscrizione del contratto derivi dal rifiuto dell'ASP di apporre eventuali riserve richieste dalle Case di cura, fatto salvo il diritto di adire l'autorità giudiziaria e nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 7 e ss. della legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i., cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario regionale e si applica la sospensione dell'accreditamento istituzionale, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8 *quinquies*, comma 2 *quinquies*, del D.Lgs. 502/1992 e s.m. i..

Le Aziende sanitarie provinciali accantoneranno a valere sul corrispondente aggregato le somme relative al *budget* da attribuire alla struttura ricorrente, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso.

Art. 12

È fatto obbligo alle Aziende sanitarie provinciali di trasmettere alla Regione - Assessorato della salute - i tracciati relativi alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, entro il 15° giorno del mese successivo a quello di riferimento.

I tracciati dovranno essere accompagnati da attestazione idonea a certificare la completezza e la qualità dei dati contenuti.

Art. 13

È fatto obbligo ai direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali di operare un costante e sistematico monitoraggio e controllo sull'andamento dell'attività erogata dalle Case di cura e del rispetto delle condizioni previste dal contratto sottoscritto sulla base dello schema di cui all'allegato B al presente provvedimento, in esito alle procedure negoziali con le singole strutture erogatrici.

Art. 14

Gli oneri che scaturiscono dal presente decreto trovano copertura nell'ambito delle risorse del fondo sanitario regionale assegnate, in sede di negoziazione, per quota capitaria alle Aziende sanitarie provinciali della Regione siciliana.

Art. 15

Il presente decreto sarà notificato alle Aziende sanitarie provinciali e, da queste, a tutti i centri privati accreditati che erogano prestazioni di ricovero.

Ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione dei contenuti del presente decreto nel sito *on line*, lo stesso sarà trasmesso al responsabile del procedimento.

DASS 3.10.16 - Aggiornamento delle direttive per l'aggregazione delle strutture laboratoristiche della Regione siciliana. (GURS n. 43 del 7.10.16)

Art. 1

Regolamentazione per le aggregazioni di laboratori di analisi

1. Al fine di attivare "meccanismi di reale aggregazione fra strutture di laboratorio, volte non tanto alla sopravvivenza delle stesse, ma ad un reale progetto di miglioramento della qualità complessiva", per l'accreditamento, la stipula ed il mantenimento degli accordi contrattuali con il S.S.R. le aggregazioni di laboratori di analisi devono adeguarsi alle procedure ed alle modalità operative di cui all'allegato A, che fa parte integrante del presente decreto e rispettare le seguenti regole che integrano le disposizioni di cui ai DD.AA. nn. 2674 del 18 novembre 2009, 2189 dell'8 novembre 2011, 1629 del 9 agosto 2012 e 1006 del 20 giugno 2014:

a) le aggregazioni di laboratori di analisi sono costituite da un'unica struttura laboratoristica centrale e da uno o più punti periferici che vanno identificati, d'ora in poi, con il termine unico di "punti di accesso";

b) le aggregazioni tra laboratori sono quelle costituite ai sensi del D.A. n. 2674 del 18 novembre 2009 e ss.mm.ii. e possono giuridicamente realizzarsi attraverso la creazione di cooperative, di strutture consortili oppure di associazioni temporanee di imprese (ATI) o di altre forme previste dalla legislazione vigente;

c) al fine di evitare la formazione di trust, le aggregazioni non devono detenere quote di partecipazione in altre aggregazioni presenti in tutto il territorio regionale e nazionale o internazionale;

d) al fine di evitare concentrazioni e possibili posizioni dominanti non devono far parte delle aggregazioni, a qualsiasi titolo, soggetti economici diversi da strutture di laboratorio (esempio fornitori di reagenti, assicurazioni e società finanziarie);

e) possono costituire nuove aggregazioni o far parte di aggregati già esistenti solo strutture di laboratorio ubicate sul territorio della Regione siciliana regolarmente in possesso di accreditamento e contrattualizzazione;

f) le aggregazioni di laboratorio possono unirsi per creare una nuova o più grande aggregazione, indicando l'unica struttura laboratoristica centralizzata della nuova aggregazione ed i punti di accesso;

g) per la stabilità della rete nel territorio e per consentire adeguati investimenti tecnologici e professionali duraturi nel tempo che favoriscano la necessaria expertise e il mantenimento di elevati standard di qualità nell'offerta assistenziale regionale, la permanenza dei singoli componenti nelle aggregazioni dovrà avere la durata di almeno 5 anni a partire dalla data di adozione del relativo decreto di accreditamento dell'aggregato;

h) al fine di garantire la flessibilità del sistema, a modifica dell'art. 5 del D.A. n. 2189 dell'8 novembre 2011, sono sempre possibili, anche per gli aggregati già esistenti, i transiti da un soggetto gestore ad un altro, con trasferimento della relativa valorizzazione della produzione, ma non prima che siano trascorsi cinque anni dalla data di adozione del decreto di accreditamento istituzionale relativo all'ingresso dei singoli componenti nell'aggregato e in osservanza delle altre disposizioni attualmente definite dal D.A. n. 2189 dell'8 novembre 2011;

i) al fine di tenere traccia del divenire della rete dei laboratori, i laboratori devono aggiornare nel sito www.crq.regione.sicilia.it tutte le informazioni ivi previste e comunicare tempestivamente al CRQ ogni variazione della loro configurazione come laboratori singoli o componenti di aggregati.

Art. 2

Codice regionale

1. Le strutture laboratoristiche singole o aggregate sono univocamente individuate dal codice struttura con il quale le strutture comunicano al SSR i loro flussi di attività.
2. Nelle aggregazioni a garanzia della tracciabilità e stabilità della rete, ciascun punto di accesso sarà identificato dal punto di vista funzionale attraverso un sub codice del codice regionale dell'aggregato.
3. Ciascun punto di accesso dovrà inserire tutti gli accessi gestiti in uno specifico flusso funzionale regionale che sarà operativo entro un anno dall'entrata in vigore del presente decreto e regolamentato dal punto di vista tecnico operativo da uno specifico provvedimento.

Art. 3

Contrattualizzazione

1. È fatto obbligo alle AA.SS.PP. di remunerare e contrattualizzare solo strutture in regola con la vigente normativa e di inserire nel contratto stipulato, con laboratori singoli o aggregati, gli estremi del provvedimento di accreditamento, il codice regionale della struttura ed il numero di CRQ.
2. Le AA.SS.PP. territorialmente competenti, che sono tenute a verificare il mantenimento del possesso di tutti i requisiti di accreditamento, devono tempestivamente segnalare al DASOE ed al CRQ, ogni difformità rispetto all'accREDITAMENTO rilasciato ed ogni criticità gestionale, in particolare prima di procedere alla stipula dei contratti.

Art. 4

Applicazione della soglia minima - Norma transitoria

1. Le strutture di laboratorio accreditate e/o contrattualizzate che non hanno maturato il requisito della soglia minima di cui al D.A. n. 1006/2014 e che hanno continuato ad erogare prestazioni possono confluire in un aggregato, o crearne uno nuovo, purché presentino formale istanza all'azienda sanitaria provinciale territorialmente competente entro il termine perentorio di 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente decreto nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana. Tali strutture potranno continuare ad erogare prestazioni da singole fino alla definizione del procedimento di accreditamento dell'aggregato nella nuova costituzione.
2. Le strutture di laboratorio, in assenza di presentazione di domanda entro il termine di cui al comma 1, decadono automaticamente dall'accREDITAMENTO, fermo restando che, a tutela delle parti e del paziente, verranno rimborsate le prestazioni erogate fino alla scadenza del termine di cui al comma 1.
3. In caso di esito negativo del procedimento di accREDITAMENTO dell'aggregato le strutture di laboratorio che hanno presentato domanda di aggregazione ai sensi del comma 1 decadono singolarmente dall'accREDITAMENTO, fatto salvo il rimborso delle prestazioni effettuate fino alla data di notifica della conclusione del procedimento.
4. Della decadenza dall'accREDITAMENTO sarà dato atto con provvedimento dichiarativo dell'Assessorato regionale della salute.
5. Al fine di favorire i processi di aggregazione si sospende, fino al 31 dicembre 2017, la disposizione dell'ultimo capoverso dell'art. 5 del D.A. n. 1629 del 9 agosto 2012, così come modificato dall'art. 2 del D.A. n. 1006 del 20 giugno 2014 (decorrenza 1 gennaio dell'anno successivo alla data dell'istanza).

TOSCANA

DGR 13.9.16, n. 905 - POR FSE 2014-2020 Asse B - Attività PAD B.2.1.3.A). Approvazione degli elementi essenziali dell'Avviso pubblico 'Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale _ buoni servizio per sostegno alla domiciliarità. (BUR n. 39 del 28.9.16)

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Regolamento (UE) n. 1303/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 pubblicato sulla GUE del 20.12.2013 che reca disposizioni comuni sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione, sul Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e definisce disposizioni generali sul Fondo europeo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo, sul Fondo di coesione e sul Fondo europeo per gli affari marittimi e la pesca e abroga il Regolamento (CE) n. 1083/2006 del Consiglio;

Visto il Regolamento (UE) n. 1304/2013 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 17 dicembre 2013 pubblicato sulla GUE del 20 dicembre 2013 relativo al Fondo sociale europeo e abrogante il Regolamento (CE) n. 1081/2006 del Consiglio;

Visto il Regolamento (UE - EURATOM) n. 1311/2013 del Consiglio del 2 dicembre 2013 che stabilisce il quadro finanziario pluriennale per il periodo 2014-2020;

Vista la Decisione della Commissione C(2014) n.9913 del 12.12.2014 che approva il Programma Operativo “ Regione Toscana - Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014 - 2020” per il sostegno del Fondo Sociale Europeo nell’ambito dell’obiettivo “Investimenti a favore della crescita e dell’Occupazione” per la Regione Toscana in Italia;

Vista la deliberazione della Giunta Regionale n.17 del 12.01.2015 con il quale è stato preso atto del testo del Programma Operativo Regionale FSE 2014 – 2020 così come approvato dalla Commissione Europea con la sopra citata decisione;

Visto in particolare l’Asse B “Inclusione sociale e lotta alla povertà” del POR FSE 2014-2020;

Richiamato l’obiettivo specifico B.2.1 “Aumento/ consolidamento/qualificazione dei servizi di cura socio educativi rivolti ai bambini e dei servizi di cura rivolti a persone con limitazione dell’autonomia” del POR FSE 2014-2020;

Attività B.2.1.3.A) Annualità Risorse euro 2014 3.684.978,00

Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura 2015 3.908.393,00 rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia 2016 1.406.629,00 ad anziani ultra sessantacinquenni e disabili gravi in dimissione da un ospedale o da altre strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative, per garantire loro una piena possibilità di rientro presso il proprio domicilio e all’interno del proprio contesto sociale;

Rilevato che le prestazioni e i servizi erogati ai cittadini attraverso i buoni servizio di cui sopra svolgono una funzione complementare e integrativa rispetto agli ordinari servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza;

Preso atto del documento “I criteri di selezione delle operazioni da ammettere al cofi finanziamento del Fondo Sociale Europeo nella programmazione 2014-2020” approvato dal Comitato di Sorveglianza del POR FSE 2014-2020 nella seduta del 27 maggio 2016 e richiamati nell’allegato A parte integrante e sostanziale del presente atto;

Dato atto che per finanziare l’avviso pubblico sopra descritto sarà destinato l’importo complessivo di Euro 9.000.000 a valere sulle seguenti annualità del PAD:

Preso atto che la delibera di Giunta regionale n. 679 del 12/07/2016 definisce i compiti dell’Agenzia di continuità ospedale-territorio (istituita con D.G.R. 1010/2008) e la identifica quale struttura attraverso cui le Zone Distretto assicurano i flussi in uscita dall’ospedale al territorio garantendo la presa in carico in continuità assistenziale ospedale-territorio;

Richiamata la delibera di Giunta regionale n. 1134 del 24 novembre 2015 che definisce le linee di indirizzo per l’attivazione e il finanziamento degli interventi sulle attività dell’Asse B del POR FSE 2014-2020 per le quali il Settore Innovazione sociale della Direzione “Diritti di cittadinanza e coesione sociale” è Responsabile di Attività”;

Ritenuto di dare attuazione all’attività B.2.1.3.A) “Sostegno alle famiglie per l’accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazione dell’autonomia” prevista dal PAD, con la pubblicazione di un avviso pubblico finalizzato al potenziamento dei servizi di continuità assistenziale e al finanziamento di buoni servizio, rivolto

Per le motivazioni espresse in narrative:

1. di approvare l'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia), ove sono definiti gli elementi essenziali per l'adozione, con successivo decreto, di un avviso pubblico regionale finalizzato al potenziamento dei servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio e al finanziamento di buoni servizio per il sostegno alla domiciliarità;
2. di destinare all'attuazione dell'avviso pubblico l'importo complessivo di euro 9.000.000 a valere sulle risorse del POR FSE 2014-2020 – attività B.2.1.3.A) del PAD - annualità 2014, 2015 e 2016;

DGR 27.9.16, n. 947 - Determinazione delle tariffe regionali per il pagamento delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in vigore dal 1° ottobre 2016. (BUR n. 40 del 5.10.16)

DECRETO 30 settembre 2016, n. 144 - Comitato dei garanti di cui all'art. 23 del CCNL dell'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa del SSN. Costituzione. (BUR n. 41 del 12.10.16)

Note

Viene costituito il Comitato dei garanti dell'area della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa del SSN, del quale sono nominati componenti:

- Avv. Gaetano VICICONTE - Presidente
- Avv. Andrea DEL RE - membro effettivo
- Dr.ssa Katia BELVEDERE - membro supplente
- Dr. Brunello FIDANZI - membro effettivo
- Dr. Stefano RAPI - membro supplente.

DECRETO 6 ottobre 2016, n. 147 - Commissione terapeutica regionale. Costituzione. (BUR n. 41 del 12.10.16)

Note

Viene costituita la Commissione terapeutica regionale della quale sono componenti di diritto: l'assessore regionale al Diritto alla salute o suo delegato con funzioni di presidente; il direttore della direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale o suo delegato; il vicepresidente del Consiglio sanitario regionale.

Vengono nominati quali componenti della suddetta commissione i sottoelencati esperti:

- Dr. Mario ARNETOLI
- Dr. Roberto BANFI
- Dr. Leonardo BELLINO
- Dr. David COLETTA
- Dr. Romano DANESI
- Dr. Andrea DE LUCA
- Dr. Francesco DI COSTANZO
- Dr. Ettore GIUSTINI SAFFI
- Dr. Franco LAGHI PASINI
- Dr. Fabio LENA
- Dr. Enrico MAGGI
- Dr. Santino MARCHI
- Dr. Flavio MORONI
- Dr. Alessandro ROSSI
- Dr. Stefano TADDEI
- Dr.ssa Marina ZICHE.

UMBRIA

DD 8 agosto 2016, n. 7392 - Approvazione e pubblicazione dell'Elenco regionale dei Valutatori ed Esperti tecnici per svolgere l'attività di Audit per l'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie della Regione Umbria.

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e sue successive modifiche ed integrazioni;
Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e i successivi regolamenti di organizzazione, attuativi della stessa;
Vista la legge 7 agosto 1990, n. 241 e sue successive modifiche ed integrazioni;
Vista la legge regionale 16 settembre 2011, n. 8, “Semplificazione amministrativa e normativa dell’ordinamento regionale e degli Enti locali territoriali”;
Visto il regolamento interno di questa Giunta;
Visto il regolamento regionale 31 luglio 2002, n. 3: “Disciplina in materia di Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie”;
Vista la D.G.R. n. 570 del 7 maggio 2003 “Approvazione del modello operativo per l’Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie”;
Vista la D.D. n. 86 dell’11 gennaio 2012 “Istituzione, approvazione e pubblicazione dell’Elenco regionale dei Valutatori ed Esperti tecnici per svolgere l’attività di Audit per l’Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie della Regione Umbria”;
Vista la D.D. n. 5200 del 16 giugno 2016 “Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie e socio sanitarie della regione Umbria (RR 3/2002). Avviso pubblico e aperto per l’inserimento nell’elenco regionale dei valutatori ed esperti tecnici”;
Considerato che con la sottoscrizione del presente atto se ne attesta la legittimità;

IL DIRIGENTE

DETERMINA

1. di approvare l’allegato “Elenco regionale dei Valutatori ed Esperti tecnici che dovrà essere utilizzato dall’Organismo di Certificazione per svolgere le attività di Audit per l’Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione Umbria”, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto (a cui si rinvia).

DGR 12.9.16, n. 1019 - Recepimento del “Piano Nazionale Demenze” - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze. (BUR n. 48 del 12.10.16)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane, in data 30 ottobre 2014 (Rep. Atti n. 135/CU) hanno sancito l’Accordo sul documento recante “Piano Nazionale Demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze”, ai sensi dell’articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, riportato nell’allegato, nel quale sono stati individuati alcuni obiettivi strategici per migliorare le attività di prevenzione, cura e assistenza alle persone con demenza e loro familiari/caregiver, favorire percorsi che garantiscano uniformità di risposte e sono state delineate strategie generali e specifiche per la loro realizzazione.

Il Piano Nazionale Demenze (PND) che intende fornire indicazioni strategiche per la promozione ed il miglioramento degli interventi nel settore, si basa sul “modello della gestione integrata”, considerato ad oggi l’approccio più indicato per migliorare l’assistenza alle persone con malattie croniche. Queste persone hanno infatti bisogno anche di continuità di assistenza, informazione e sostegno per raggiungere la massima capacità di autogestione.

Lo stesso Piano analizza poi quelle che sono ad oggi criticità organizzative di alcune Regioni, quali quelle dei servizi di Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) che non sempre corrispondono a criteri di programmazione, finendo spesso per essere molte ma con poco personale.

Altro elemento di criticità del sistema è rappresentato dalla scarsa integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali, con la conseguente difficoltà di costruire una rete di coordinamento.

Si sottolinea inoltre il passaggio di visione centrata sull'Alzheimer ad una più ampia, estesa a tutte le forme di demenza (infatti, secondo dati epidemiologici, circa il 40% delle demenze sono di altra natura).

Il PND sottolinea inoltre l'importanza di una nuova denominazione delle strutture territoriali di cui sopra, comune in tutto il territorio nazionale, proponendo la denominazione "Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze" (CDCD).

Infine di seguito si sintetizzano gli obiettivi del PND:

- 1) Interventi e misure di politica sanitaria e socio sanitaria
- 2) Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata
- 3) Implementazione di strategie ed interventi per l'appropriatezza delle cure
- 4) Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita.

La Regione Umbria nel 2013 ha pubblicato un report sulla mappatura di tutti i servizi che a vario livello si occupavano di Alzheimer e successivamente un gruppo di lavoro composto da referenti delle Aziende e dell'Università ha lavorato ad un progetto regionale per la stesura di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale denominato "Verso un PDTA regionale per la malattia di Alzheimer".

Si propone quindi alla Giunta regionale, al fine di allineare il documento suddetto con le novità introdotte dal Piano Nazionale Demenze, di istituire entro settembre un gruppo di lavoro che aggiorni il progetto regionale di cui sopra, coordinato dal dirigente competente per materia supportato dal responsabile di Sezione competente per materia.

VENETO

DGR 15.9.16, n. 1428 - Aggiornamento della disciplina relativa all'erogazione a carico del servizio sanitario regionale di medicinali e preparati galenici magistrali a base di cannabinoidi per finalità terapeutiche in attuazione delle disposizioni introdotte dal decreto del ministro della salute 9 novembre 2015 recante "funzioni di organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972". revisione delle indicazioni di rimborsabilità. (BUR n. 94 del 30.9.16)

Note

Si aggiorna la disciplina regionale sull'uso terapeutico di medicinali e preparati galenici magistrali a base di cannabinoidi alla luce delle disposizioni del decreto del ministro della salute 9 novembre 2015 e si approva la revisione, secondo la metodologia dell'evidence based medicine, delle indicazioni di impiego erogabili quali livelli aggiuntivi di assistenza (EXTRA-LEA) a carico del servizio sanitario regionale.

ALLEGATO A

Linee di indirizzo per l'utilizzo dei medicinali a base di cannabinoidi nella Regione Veneto

Legge regionale 28 settembre 2012, n. 38 - aggiornamento a luglio 2016

A cura del Gruppo tecnico di lavoro istituito con Decreto del Segretario Regionale per la Sanità 14 maggio 2013, n. 40

NB

Si rinvia alla lettura integrale del testo.

DGR 21.9.16, n. 1455 - Approvazione delle valutazioni riferite alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (lea) nel rispetto dei vincoli di bilancio, in relazione al raggiungimento degli obiettivi assegnati per l'esercizio 2015 ai direttori generali delle aziende/istituti del sssr e presa d'atto delle valutazioni di competenza delle conferenze dei sindaci. (BUR n. 95 del 4.10.16)

Note

PREMESSA

La L.R. 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016", oltre ad approvare il PSSR 2012-2016, ha operato alcune importanti modifiche alla L.R. 56/1994, ed in particolare all'art. 13 di

quest'ultima, con la previsione, nel comma *8quinquies*, che *"I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificamente gestita"*.

Tale valutazione – le cui modalità sono indicate dai commi *8sexies*, *8septies* e *8octies* del citato art. 13 della L.R. 56/1994 – fa riferimento alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio (di competenza della Giunta Regionale), al rispetto della programmazione regionale (di competenza della competente Commissione Consiliare) e alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle Aziende ULSS (di competenza della relativa Conferenza dei Sindaci).

Le sopracitate disposizioni, ed in particolare quelle contenute nel comma *8octies* del citato art. 13, hanno avuto attuazione con la DGR 14 maggio 2013, n. 693 "Determinazione della pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS, Ospedaliere e dell'IRCCS Istituto Oncologico Veneto (IOV)", la quale ha anche disciplinato la pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ULSS ed Ospedaliere e dello IOV, disponendo nel modo seguente:

- a) garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, di competenza della Giunta Regionale: 75%;
- b) rispetto della programmazione regionale, di competenza della competente Commissione del Consiglio Regionale: 5%;
- c) qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle Aziende ULSS, di competenza della relativa Conferenza dei Sindaci: 20%.

Preso atto dell'esclusione dei Direttori Generali dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'AOU Verona e dell'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" (come disposto dall'articolo 5 dello schema di contratto di prestazione d'opera del Direttore Generale di Azienda Sanitaria - allegato A) alla DGR n. 2792 del 24 dicembre 2012) dalla valutazione sulla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio delle Aziende ULSS, di competenza della Conferenza dei Sindaci, la relativa pesatura delle valutazioni è stata così definita:

- a) garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, di competenza della Giunta Regionale: 80%;
- b) rispetto della programmazione regionale, di competenza della competente Commissione del Consiglio Regionale: 20%.

La sopra citata DGR n. 693/2013 ha inoltre disposto che ognuno dei soggetti coinvolti nel processo di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende ULSS ed Ospedaliere e dello IOV opera in autonomia per ogni aspetto attinente alla definizione degli indicatori ed alla conseguente raccolta ed elaborazione dei dati ed ha incaricato la Segreteria regionale per la Sanità (oggi Area Sanità e Sociale) di operare il necessario raccordo nella fase di raccolta di tali valutazioni.

La DGR 23 dicembre 2014, n. 2525 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS "Istituto oncologico Veneto" per l'anno 2015" ha assegnato gli obiettivi e gli indicatori di performance ai Direttori Generali delle Aziende ed Istituti del SSR per l'anno 2015.

Per l'anno 2015, sempre con la DGR 2525/2014, è stato stabilito che, a norma dei commi *8quinquies*, *8sexies* e *8septies* dell'articolo 13 della L.R. 56/1994, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende/Istituti del SSR vengano considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti coinvolti nel procedimento (Giunta Regionale, competente Commissione del Consiglio Regionale, competente Conferenza dei Sindaci) e al peso assegnato a ciascun soggetto dalla citata DGR n. 693/2013.

Il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, con note dell'1 marzo 2016, ha chiesto alle 21 Conferenze dei Sindaci degli ambiti territoriali delle Aziende ULSS del Veneto le valutazioni

sintetiche di rispettiva competenza e al Presidente della V Commissione Consiliare "Politiche socio-sanitarie" la valutazione sintetica di competenza.

Nell'ambito del processo di valutazione del raggiungimento degli obiettivi indicati dalla DGR 23 dicembre 2014, n. 2525 "*Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ULSS del Veneto, l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e per l'IRCCS "Istituto oncologico Veneto" per l'anno 2015*", con il presente provvedimento si provvede ad approvare la valutazione di competenza della Giunta regionale, riportata nell'**Allegato A** alla presente deliberazione.

La documentazione utilizzata per la valutazione di competenza della Giunta Regionale si trova agli atti della Direzione Risorse Strumentali SSR - CRAV.

Le 21 Conferenze dei Sindaci hanno espresso le valutazioni sintetiche di rispettiva competenza; le relative comunicazioni sono agli atti della Direzione Risorse Strumentali SSR - CRAV. La valutazione risultante è riportata nell'**Allegato B** alla presente deliberazione.

LA DISPOSIZIONE

Per il completamento del processo di valutazione del raggiungimento degli obiettivi indicati dalla citata DGR 23 dicembre 2014, n. 2525, con il presente provvedimento si provvede ad approvare la valutazione di competenza della Giunta regionale e si dispone di darne comunicazione alla competente Commissione Consiliare affinché proceda per la valutazione di propria competenza, con riferimento alla programmazione regionale, come disposto dai commi 8*sexies*, 8*septies* e 8*octies* del citato art. 13 della L.R. 56/1994.

Allegato A

Direzione Risorse Strumentali SSR

ALLEGATO A alla Dgr n. 1455 del 21 settembre 2016

giunta regionale – 10^a legislatura

Azienda Punti

ULSS 1 Belluno 68,70

ULSS 2 Feltre 65,40

ULSS 3 Bassano del Grappa 57,35

ULSS 4 Thiene 66,25

ULSS 5 Arzignano 56,80

ULSS 6 Vicenza 51,10

ULSS 7 Pieve di Soligo 66,05

ULSS 8 Asolo 55,25

ULSS 9 Treviso 58,20

ULSS 10 San Donà di Piave 58,80

ULSS 12 Veneziana 69,00

ULSS 13 Mirano 58,20

ULSS 14 Chioggia 56,05

ULSS 15 Alta Padovana 56,45

ULSS 16 Padova 46,75

ULSS 17 Este 53,95

ULSS 18 Rovigo 52,50

ULSS 19 Adria 53,20

ULSS 20 Verona 54,50

ULSS 21 Legnago 50,55

ULSS 22 Bussolengo 56,80

AO Padova 65,95

AOUI Verona 67,55

IOV 68,80

Anno 2015 - DGR 2525/2014

Valutazione di competenza della Giunta Regionale

Allegato B Dgr n. del pag. 1 /1

Direzione Risorse Strumentali SSR

ALLEGATO B

Azienda Punti

ULSS 1 Belluno 20,00

ULSS 2 Feltre 20,00

ULSS 3 Bassano del Grappa 18,00

ULSS 4 Thiene 19,00

ULSS 5 Arzignano 19,66

ULSS 6 Vicenza 16,00

ULSS 7 Pieve di Soligo 20,00

ULSS 8 Asolo 20,00

ULSS 9 Treviso 19,00

ULSS 10 San Donà di Piave 19,00

ULSS 12 Veneziana 20,00

ULSS 13 Mirano 15,00

ULSS 14 Chioggia 20,00

ULSS 15 Alta Padovana 20,00

ULSS 16 Padova 20,00

ULSS 17 Este 20,00

ULSS 18 Rovigo 19,00

ULSS 19 Adria 20,00

ULSS 20 Verona 14,76

ULSS 21 Legnago 20,00

ULSS 22 Bussolengo 7,00

Anno 2015 - DGR 2525/2014

Valutazione di competenza della Conferenza dei Sindaci

DGR 21.9.16, n. 1456 - Approvazione piani di attività 2016 relativi ai coordinamenti, al sistema epidemiologico regionale, al gruppo di lavoro e ai registri di patologia regionali. (BUR n. 95 del 4.10.16)

Note

Si provvede ad approvare i piani di attività 2016 presentati dalle strutture di cui alla dgr 14/11 (coordinamenti, s.e.r. e registri di patologia) e dal gruppo di lavoro di cui alla dgr 2530/2013. inoltre visto che ciascuna struttura in relazione al piano di attività ha predisposto anche il relativo preventivo di spesa e che a partire dal 2014 si procede a finanziare tali attività tramite il finanziamento a funzione di cui alle dd.gg.rr. 1171/14, 2717/14 e 2718/14, si definiscono i criteri con cui procedere all'aggiornamento e rideterminazione dei finanziamenti a funzione da assegnare alle aziende sanitarie referenti per la gestione economico-finanziaria o sede istitutiva dei coordinamenti, s.e.r., registri e gruppo di lavoro.